Rok IV Seria II Kraków Nr 2 (15. I. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wrocławskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr B. Gięđosz

Rok IV Serla II Kraków Nr 2 (15. I. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

Ś. p. Prof. Dr Maksymilian Rutkowski



Prof. dr Maksymilian Rutkowski

Przemówienie wygłoszone na Akademii żałobnej w dniu 4. XII. 1947 roku, urządzonej staraniem Rady Wydziału Lekarskiego U. J. oraz Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Maksymilian Rutkowski urodził się w r. 1867 w Wielkiej Wsi, powiecie olkuskim, w rodzinie o tradycjach powstańczych i odebrał zarówno średnie, jak i wyższe wykształcenie w Krakowie. W r. 1892 otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Tutaj też obrał Szpital św. Łazarza, aby przysposobić się do dalszej pracy lekarskiej. Pierwszy rok spędził w oddziele wewnętrznym prof. Pareńskiego, a w następnym wstąpił do oddziału chirurgicznego, kierowanego przez prof. Obalińskiego. Był to właśnie rok, w którym otwarto teraźniejszy pawilon chirurgiczny. Młody lekarz wybrał świadomie tego właśnie dla siebie mistrza, choć w owym czasie działał w Klinice chirurgicznej U. J. prof. Rydygier, o nazwisku głośniejszym. Obaliński budził jednak w swym uczniu szczególny zachwyt i uznanie nie tylko jako świetny chirurg i uczony, ale również jako godny podziwu człowiek W tym Oddziale o szeroko zakrojonej pracy przebył jako asystent 4 lata. Gdy Obaliński przeniósł się do Kliniki chirurgicznej U. J. podążył za nim Rutkowski jako I asystent. Niestety działalność Obalińskiego na nowym stanowisku trwała zaledwie półtora roku. Jego śmierć była bolesnym ciosem dla przywiązanego doń ucznia Aczkolwiek niektóre cechy Obalińskiego, jak jowialność albo upodobania pisarskie były obce Rutkowskiemu, to przecież wywarł on pod wielu względami wpływ na swego ucznia. Nie było już później nikogo, kto by kształtował dalszą młodość chirurgiczną Rutkowskiego. Zdany został wyłącznie na własne szybko dojrzałe siły. Późniejsze, krótkotrwałe wyjazdy za granicę do Francji, Austrii i Niemiec były raczej przelotnymi spostrzeżeniami, aniżeli przyswajaniem obcych wzorów.

Samodzielna praca chirurgiczna Rutkowskiego rozpoczęła się w r. 1898, kiedy objął zastępczo na przeciąg roku kierownictwo Kliniki chirurgicznej po Obalińskim. Wywiązał się znakomicie z tego zadania i w następnym roku habilitował się z zakresu chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Opuścił Klinikę po objęciu katedry przez prof. Kadera i aby umożliwić sobie dalszą działalność chirurgiczną w Krakowie stworzył doskonale urządzoną lecznicę prywatną w której z powodzeniem pracował przez kilka lat W tej lecznicy korzystali z Jego opieki chirurgicznej rewolucjoniści polscy z zaboru rosyjskiego, powstali przeciw caratowi w r. 1905. Działalność Rutkowskiego rozszerzyła się po utworzeniu w Szpitalu św. Ludwika oddziału chirurgicznego dla dzieci, którym od r. 1904 kierował przez 4 lata. W r. 1908 został mianowany prymariuszem oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Obejmował to stanowisko w 41 r. życia, posiadając już wybitne doświadczenie lekarskie i skrystalizowane poglądy na całokształt chirurgii. Wrócił do swego macierzystego zakładu, w którym jednak zmierzchły już jasne tradycje z okresu, kiedy przewodził Obaliński. Rozpoczął się dla Rutkowskiego żmudny okres, ale mimo poważnych wewnętrznych przeszkód, wkrótce przeistoczył sposób pracy i ducha oddziału. Szybko wzbierał zakres Jego działalności chirurgicznej, nadążał z dorobkiem naukowym, skupiał koło siebie coraz więcej gorliwych uczniów. Utrwalał nieustępliwie własne poglądy na postępowanie operacyjne, które przybierały wyraźne znamiona odrębnej szkoły chirurgicznej. Wysyłał swych asystentów za granicę, aby zapoznali się z rozszerzającymi się gałęziami chirurgii, jak urologią i ortopedią. W r. 1912 wybudował dwa, ówcześnie zadziwiająco wspaniale obejścia operacyjne, które do dzisiaj pozostały piękne i celowe. Niedługo wzniósł dobrze urządzony barak, nie mogąc pomieścić coraz więcej garnących się do Niego chorych. W r. 1910 otrzymał tytuł profesora.

Kiedy rozpoczęła się pierwsza wojna światowa Rutkowski był w pełni rozwoju swej olbrzymiej, wprost zanadto pochłaniającej Go działalności chirurgicznej. Jego czynne, chętne przygody usposobienie a jeszcze więcej nieprzeparta dążność, aby nieść pomoc chirurgiczną walczącym Polakom — pchnęły Go do stworzenia samodzielnej „grupy chirurgicznej“. Wyruszył z nią na pola walk w dawnej Kongresówce a później w Karpatach. Bliskie podchodzenie tego zespołu do linii bojowej, niezwykła sprawność organizacyjna i wyróżniające wyniki lecznicze, wkrótce rozsławiły nazwisko polskiego profesora wśród lekarzy wojskowych różnych narodowości. Gdy w r. 1916 działania wojenne przesunęły się na dalsze tereny Rutkowski, doświadczywszy chirurgii wojennej, powrócił do swego oddziału w Szpitalu św. Łazarza.

Profesorem zwyczajnym w Uniwersytecie Jagiellońskim został mianowany w r. 1919 i odbywał wykłady kliniczne w ciasnym pomieszczeniu dla ograniczonej liczby studentów w oddziele chirurgicznym. Nie przyjął jednak powołania na katedrę chirurgii w Warszawie. Pracę swą przerywał czasowo, wyjeżdżając na front w latach wojen polskich, jako konsulent chirurgiczny armii polskiej w randze generała brygady.

Nowy i główny okres swej działalności rozpoczął Rutkowski w r. 1921, kiedy w 54 r. życia objął kierownictwo Kliniki chirurgicznej U. J. a przy tym zatrzymał nadal do r. 1929 ordynaturę oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza. W ten sposób posiadł największy w Polsce warsztat chirurgiczny, obłożony przeciętnie przez 400 chorych. Rozległe obowiązki podjął Rutkowski z zapałem i z niespożytym zapasem sił. Do tego zadania był świetnie przysposobiony jako wielkiej miary klinicysta, a dużo pracy wkładał w przygotowanie strony dydaktycznej. Zastał klinikę zniszczoną przez austriacki zarząd wojskowy pod-

czas paroletniej nieobecności chorego prof. Kadera. Kolejno przystosował budynek do właściwych celów, stworzył zakład ortopedyczny, wyposażył bogato zakład radiologiczny, urządził doskonale pracownie kliniczne oraz doświadczalne Powstała wspaniała biblioteka obejmująca niemal wszystkie ważne wydawnictwa chirurgiczne, którą obdarzył niezmiernie hojnie z własnych zbiorów. Założył jako jeden z pierwszych u nas ośrodek dawców krwi. Zajmował się zaś stale z niesłabnącym zainteresowaniem losem wszystkich chorych. Sam operował wiele i czuwał nad pracą asystentów, którzy licznie zgłaszali się do Niego ze wszystkich stron Polski. Ważną placówkę pod względem lekarskim i społecznym stworzył Rutkowski wspólnie z Emilem Godlewskim, urządzając w Zakopanem uniwersytecki, dziecięcy oddział dla gruźlicy kości i stawów. Brał stale udział w pracach Towarzystwa Chirurgów Polskich i wygłaszał parokrotnie referaty programowe na zjazdach. Później został członkiem honorowym tego Towarzystwa. Utrzymywał żywy kontakt z chirurgią zagraniczną, wysyłając swych współpracowników na dłuższe studia. W ten sposób Klinika krakowska zapoczątkowała w Polsce nowoczesną neurochirurgię. W r. 1927 zakłada Rutkowski i początkowo utrzymuje z własnych funduszów czasopismo „Chirurgia Kliniczna", przeznaczone dla archiwalnych prac chirurgicznych, które utrzymało się do wojny. Celniejsze prace z tego wydawnictwa były tłumaczone w całości na język angielski lub francuski i ukazywały się jako „Chirurgia clinica polonica". To bezpośrednie dotarcie do świata naukowego i to w przepięknej szacie wydawniczej, miało znaczną wartość dla nauki polskiej. W r. 1932 został wybrany czynnym członkiem Polskiej Akademii Umiejętności. W r. 1937 opuścił po przekroczeniu wieku w pełni sił katedrę, przechodząc na emeryturę. Opiekował się jednak nadal zakładem zakopiańskim a przede wszystkim zawsze pozostał poszukiwanym lekarzem przez licznych chorych. Był też do ostatka niezawodnym doradcą lekarzy w ciężkich przypadkach chorobowych.

Początek wojny r. 1939 stawia Rutkowskiego niespodziewanie wobec ciężkich i odpowiedzialnych zadań. Z początkiem września wszyscy naczelni chirurdzy krakowskich zakładów, a nazajutrz i pozostali asystenci, opuścili wskutek nieopatrznych rozporządzeń swe stanowisko, powołani do służby wojskowej lub innych zadań mimo, że nagromadziły się setki rannych. Skoro, tylko Rutkowski dowiedział się o katastrofalnym dla rannych położeniu, pospieszył wraz Swą małżonką do Krakowa, porzucając swój dom w Bronowicach. Powrócił do swego dawnego oddziału i zorganizował doraźnie pomoc chirurgiczną dla wszystkich rannych w mieście. Wokoło Jego osoby skupili się pozostali lekarze a Jego opanowanie, spokój i ofiarność udzielały się całemu otoczeniu. Ponad wszelki podziw, trwał dzień i noc na stanowisku. Opuścił je z początkiem listopada 1939, gdy powróciła część chirurgów, a Niemcy objęli zarząd Szpitala św. Łazarza i klinik uniwersyteckich. Swym wysiłkiem i poświęceniem ocalił wiele ludzkich istnień i uratował honor polskiego lekarza. Niedługo potem, mimo narastającego terroru niemieckiego nie zawahał się objąć prezesury P. C. K. w Krakowie, aby przysposobić pomoc dla jeńców i inwalidów wojennych a również dla coraz liczniejszych więźniów. Później gdy Zarząd P. C. K. został rozwiązany Rutkowski nadal współpracował z tą organizacją. W tragicznych dniach powstania warszawskiego za Jego podnietą została przygotowana i wysłana pomoc dla rannych w szpitalach podwarszawskich, a później też dla samych warszawskich lekarzy. W okresie okupacji nie tylko udzielał pomocy lekarskiej, jak zawsze chętnie i jakże często bezinteresownie, wszystkim zgłaszającym się, ale rozszerzył jej zasięg, przyjmując stanowisko konsulenta chirurgicznego w Ubezpieczalni Społecznej, które zatrzymał i po okupacji do ostatka.

Po zakończeniu wojny rozpoczął się w nowych warunkach inny rodzaj pracy społecznej Rutkowskiego. Darzony największym zaufaniem krakowskich lekarzy przyjął wybór na prezesa wznawiającego swe czynności Związku Lekarzy P. P. Wszedł również do Zarządu Izby Lekarskiej, z którą był dawniej związany jako długoletni prezes Sądu Izby. Zadaniom tym poświęcał wiele czasu i uwagi. Starał się związać nowo wyłaniające się zadania zawodu lekarskiego z nigdy nieprzemijającymi wartościami dobrego lekarza, którego sam był niedościgłym dla nas wzorem. Najpoważniejszą Jego troskę stanowiło, aby utrzymać wysoki poziom etyczny w zawodzie lekarskim. Dużo zainteresowania poświęcał też działalności Wydziału lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności. Zasiadał również w Komitecie Redakcyjnym „Przeglądu Lekarskiego".

Długowieczność była dla Maksymiliana Rutkowskiego szczęśliwym darem losu, bo nie wiele odczuwał jej ciężarów. Dowodem Jego niespożytej żywotności w podeszłych latach była nie tylko niczym nie przygaszona świeżość i bystrość umysłu oraz wszelakie zaciekawienia duchowe, ale choćby kilkutygodniowa podróż, którą odbył rok temu do Anglii. Wydawał się niezmożony i niepokonany przez wiek aż do ostatniego dnia, który był dniem choroby i śmierci — 15 listopada 1947, w 81 roku życia.

Ta rozległa i wytężona działalność miała doskonały podkład w znakomitej i odpornej konstytucji fizycznej i nerwowej. W pewnej mierze obcowanie z ludźmi a szczególnie z chorymi ułatwiał Rutkowskiemu niezwykły urok, jaki płynął od Jego osobowości. Odrazu wzbudzał zaufanie i łatwo zdobywał dla siebie autorytet. Uderzały w Jego postaci i zachowaniu niezwykła wytworność, umiar i powaga, wszelako pozbawione napuszenia. Jego grzeczność była miła i ujmująca a jakby staroświecka. I to tym dziwniejsze, że właściwie był w sobie zamknięty, niechętny do wynurzeń i poufałości, a raczej milczący, stronił od występów publicznych. Nie czynił nigdy świadomego wysiłku, aby jednać sobie ludzi. Niektórych pociągał ku sobie swą wielką mądrością życiową.

Miał w ogóle bardzo wielu wielbicieli, ale wybierał nielicznych osobistych przyjaciół. Wyróżniał się niepospolitą prawością charakteru i z tego wynikała nieraz nieustępliwość w poglądach na sprawy i ludzi, nigdy atoli nie zabarwiona samymi osobistymi względami. Wyznawał gorliwie postawy humanitaryzmu w szerokim zakroju i stąd pochodziła szczególna wrażliwość na niedolę i ból ludzki, zwłaszcza dzieci. Nie ograniczał się wszakże do samego współczucia, lecz przybywał ustawicznie z czynną pomocą, którą wypełniał głównie w powołaniu lekarskim bez względu na wygodę, trud lub jakąkolwiek nagrodę. Nie był cierpiętnikiem, ale odnosił się wzgardliwie do wszelakiego hedonizmu. Pozostawał niezłomnie wierny pewnym założeniom, co czynią życie ludzkie godne przeżycia a między nimi stawiał nade wszystko obowiązek, który trzeba wypełnić do końca, nie zagłębiając się zbytnio w siebie. Pokrewną sobie filozofię życiową odnajdywał w ulubionym autorze Józefie Conrad-Korzeniowskim. Równowagę ducha i wytchnienie czerpał z każdej postaci piękna odnajdując je zarówno w przyrodzie, wnętrzu mieszkalnym i wszelakiego rodzaju sztuce. Nie był zacieśniony w kręgu swego zawodu i postępował w życiu, jak mędrzec.

Takie właściwości człowieka były podstawą dla działania R u t k o w s k i e g o jako lekarza. Trwałe podwaliny w tym powołaniu stanowiło miłosierdzie, które nie słabło z latami i rozmiarami pracy. Nie małe też znaczenie miała Jego rozwaga i roztropność. Wielka wytrwałość w pracy nie dawała nigdy wrażenia pośpiechu. Wiedza lekarska Rutkowskiego była wszechstronna, gruntowna i dokładna, a ustawicznie uzupełniana. Ale miał odwagę przyznać się do swej nieświadomości, co zresztą oznaczało zwykle kres wiedzy i doświadczenia w wątpliwych zagadnieniach. Posiadał wnikliwy sąd o właściwym zastosowaniu wszystkich nowości. Otaczała Go powszechna i zasłużona sława jako niezrównanego diagnosty. Niektóre Jego rozpoznania były czasem zaskoczeniem myślowym dla otoczenia lekarskiego, choć rozpoznawał na podstawie ścisłego rozważania objawów i nie dawał się ponosić, jak mawiał, metafizyce. Ale przyznawał, że nieraz jedyny, nikły objaw ciążył rozstrzygająco nad trudnym rozpoznaniem. Jakkolwiek podkreślał istotne znaczenie badania klinicznego, to nigdy nie pozwalał zaniedbywać innych badań pracownianych i dążył w swych zakładach do ich rozwoju. We wskazaniach do zabiegów operacyjnych był ścisły, dość powściągliwy i uważał je wtedy za właściwe, kiedy leczenie zachowawcze nie mogło być skuteczne. Nie obawiał się jednak ryzyka operacyjnego nawet w przypadkach bardzo ciężkich choć nie przekraczał pochopnie granicy możliwości chirurgicznych.

Jego teren działań chirurgicznych był niepomiernie rozległy. Nie był skłonny zacieśniać swych uzdolnień operacyjnych i był bardzo wszechstronnym chirurgiem także w działaniach, które obecnie w całości lub po części odpadły od macierzystego pnia chirurgii. Przeciwstawiał się zresztą dobitnie zbytniemu rozdrabnianiu specjalistycznemu. W pełnym rozkwicie swej działalności dużo zainteresowań poświęcał chirurgii gruźlicy płuc i był w Polsce pionierem tego sposobu leczenia. Wybranymi działami operacyjnymi R u t k o w s k i e g o były zabiegi wytwórcze na stawach, a zwłaszcza biodrowym, przeszczepy kostne, operacje przełyku, kiszki grubej oraz prostnicy. Kładł wielki nacisk na postępowanie jałowe w czasie operacji, uważając je za ideał, do którego należy zdążać wszelkimi dostępnymi drogami. Stąd też wynikła zasada, aby operować o ile możności za pośrednictwem narzędzi. R u t k o w s k i nie uznawał, że zabieg operacyjny winien być krótkotrwałym wstrząsem dla ustroju, a uważał oględne i delikatne obchodzenie się z narządami i tkankami za właściwy sposób operacyjny. Dlatego też zasadniczo rozcinał skalpelem, unikając rozdzierania tkanek na tępo, aby zmniejszyć ich obrażenie. Przestrzegał też bardzo dokładnego tamowania krwawienia. Zabieg układał zawsze logicznie i przejrzyście tak, że wydawało się, że w ogóle nie sprawia on trudności technicznych Jego doskonała zręczność nie miała w sobie nic ze sztukmistrzostwa, ale była jakby emanacją myśli, którą posłusznie, lekko i swobodnie wykonywała ręka.

Prócz podstawowych poglądów na postępowanie operacyjne powstało z biegiem lat wiele innych a oryginalnych odmian w technice zabiegów. Łącznie z samą organizacją zabiegu stworzyły one charakterystyczne obyczaje operacyjne, którymi odróżniała się szkoła R u t k o w s k i e g o od innych. Te zasady operacyjne musiały być dokładnie przestrzegane przez wszystkich współpracowników.

R u t k o w s k i miał a właściwie tworzył dla siebie sposobność zebrania tak rozległego doświadczenia klinicznego, jakiego, zdaje się, nie miał przed nim, ani po nim żaden chirurg polski. Każde zaś zdarzenie kliniczne zapadało głęboko w Jego niezawodną pamięć. Do tego dołączyły się niezwykłe uzdolnienia obserwacji objawów i ścisłego rozumowania, a przy tym obdarzony był znakomitym talentem chirurgicznym. Te przymioty były ustawicznie i świadomie rozwijane, bo R u t k o w s k i był bardzo pracowity. Przy potężnej indywidualności umiał też znaleźć właściwy stosunek do ludzi, a sprzyjała Mu łaska nieustającego współczucia dla chorych. I ukazywał się naszym zdumionym oczom wielki klinicysta jako wyjątkowe zjawisko powiązania tylu na raz przymiotów ducha i ciała w jednej osobowości.

Praca naukowa R u t k o w s k i e g o była przede wszystkim związana z zagadnieniami leczniczymi i w tym nastawieniu był podobny do swego nauczyciela O b a l i ń s k i e g o. Za młodu zajmował się objawami i sposobami leczniczymi w niedrożności mechanicznej jelit, które w owym okresie były w toku badań. Starał się również rozwiązać sprawę powikłań występujących ongiś często po zespoleniach żołądkowo-jelitowych, stosując dodatkową przetokę żołądkową. Bardzo pomysłową była operacja wytwórcza w wynicowa-

niu pęcherza moczowego. Ważnym i trwałym chirurgicznym osiągnięciem okazała się operacja wykonana przez **R u t k o w s k i e g o** w zwężeniu przełyku, tworząca nowy przełyk ze ścian żołądka. Późniejsze prace były poświęcone operacyjnemu leczeniu złamań, operacjom gruźlicy płuc, ostremu zapaleniu kości oraz rakowi odbytnicy. Oparte na wielkim osobistym doświadczeniu klinicznym, były wykładnikiem współczesnego postępu chirurgii. **R u t k o w s k i** pisał piękną polszczyzną, niezwykle zwięźle, ważąc każde zdanie i zachowując przejrzysty układ. Sięgał jednak niechętnie za pióro i prace ogłoszone przez Niego nie oddają nawet w przybliżeniu Jego pracy badawczej, której dokonał w swej przebogatej działalności klinicznej. W pewnym stopniu Jego twórcze oblicze odzwierciadlają także prace naukowe uczniów. Niektóre z nich wręcz podawały osiągnięcia Profesora, a wiele opierało się na wspólnym dorobku klinicznym pod Jego przewodem. Ogółem wyszło z Kliniki **R u t k o w s k i e g o** około 80 prac. Obejmowały one rozmaite zagadnienia kliniczne, a ważniejsze były — z zakresu chirurgii przepuklin, jelit, kiszek, wyrostka robaczkowego prostnicy, tarczycy i kości. Inne zajmowały się rozpoznawaniem gruźlicy pozapłucnej, leczeniem gruźlicy kości i stawów, chirurgią mózgu oraz operacjami wytwórczymi stawów. W pracach doświadczalnych badano bakteriofagię, gruźlicze zapalenie nerek, sprawy zapalne kości, zniekształcające zapalenia stawów, stawy rzekome oraz patologię trzustki.

Prof. **R u t k o w s k i** był uczuciowo gorąco związany z Uniwersytetem Jagiellońskim i oddany całym sercem jego sprawom. Nauczanie uniwersyteckie pojmował bardzo poważnie i obowiązkowo. Ucząc starał się zaprawić studentów do umiejętności spostrzegania, badania oraz przyswoić im wskazania do leczenia chirurgicznego. Wykład popierał licznymi pokazami chorych i ujmował w kursie systematycznie ważniejsze działy chirurgii. **R u t k o w s k i** miał łatwość słowa, wykładał ściśle i wyczerpująco, ale nie był krasomówcą. Przykładał wagę do zajęć praktycznych studentów w Klinice, choć niechętnie stosował środki przymusowe, aby pobudzić ich pilność. Poziom nauczania i wiadomości utrzymywał wysoko. Był wymagającym, lecz nigdy kapryśnym egzaminatorem, co nie psuło Jego stosunku z młodzieżą, pośród której był wręcz popularny i lubiany.

R u t k o w s k i kształcił w ciągu swej długiej pracy szpitalnej i uniwersyteckiej nowe pokolenia chirurgów i osiągnął na tym polu niedościgły plon. Z pomiędzy Jego uczniów ponad 40 uzyskało samodzielne stanowiska chirurgów szpitalnych, a trzech zajęło katedry uniwersyteckie. Był więc w rzeczywistości profesorem chirurgów. W wychowaniu młodych lekarzy uważał za najwłaściwsze kształcenie poglądowe. Wszczepiał wysokie poczucie odpowiedzialności chirurga i umacniał przekonanie, że najważniejszym jego zadaniem jest udzielić właściwej pomocy choremu. W Klinice panowała ścisła dyscyplina, do której musieli się nagiąć wszyscy pracownicy. Rutkowski był szefem wymagającym, stanowczym, a nawet surowym, jeżeli chodziło o sumienność i dokładność pracy lekarskiej. Miał natomiast wyrozumiałość dla błędów popełnionych z braku doświadczenia. Nie wywierał nacisku, aby asystenci pracowali badawczo i ten dział pracy pozostawiał osobistym skłonnościom i zamiłowaniom. Uważał za błędne a nawet szkodliwe ogłaszanie prac bez istotnej wartości. Oceniał sprawiedliwie, bez żadnych ubocznych względów pracę i zdolności współpracowników a Jego autorytet był wśród nich niezachwiany. O ile w czasie pobytu w klinice utrzymywał się pewien dystans między Profesorem a asystentami, co na ogół nie zamącało ich przywiązania, to bardzo często po odejściu na samodzielne stanowiska ożywiały się wzajemne stosunki i nieraz stawały się serdeczne. Uczniowie przejmowali zasady szkoły, która wywierała na nich niezatarte piętno. Mimo późniejszych odchyleń, wynikających z indywidualnych nastawień, wszyscy uczniowie **R u t k o w s k i e g o** okazują charakterystyczne a podobne cechy postępowania chirurgicznego, które zaczerpnęliśmy we wspólnym źródle.

Długi i niezwykły jest nieprzerwany 55-letni okres działalności lekarskiej Maksymiliana **R u t k o w s k i e g o** i to wypełniony wspaniałą i owocną treścią. Zamierzaliśmy uczcić tę rocznicę, wydając prace naukowe przygotowane przez Jego uczniów. Niestety ubiegło nas Przeznaczenie i będzie to już księga poświęcona niewygasłej i nieodżałowanej pamięci wielkiego chirurga i najwznioślejszego człowieka.

FRANCISZEK WALTER Kraków

Prawda o Maksymilianie Rutkowskim

Discipulus est priori posterior dies.
Każdy dzień jest uczniem dnia wczorajszego.

Z przeżyć i nauki dni wczorajszych zdobywa się wiedzę i gromadzi się wspomnienia o dziejach przeszłych, których było się świadkami. Tworzy się wspomnienia o bycie ludzi, którzy już odeszli i z wspomnień tych przetworzonych wewnętrznie stwarza się swój własny los, własny wzór, swój własny ideał.

Bo wzór, którego chcemy naśladować powstaje z perspektywy widzianych własnych przeżyć i własnych doświadczeń i wrażeń a więc z tego, co nam dawne wczoraj przyniosło.

Dziś mogę spojrzeć wstecz, na własne moje wczoraj, z którego powstał mój wzór; na moje dalekie wczoraj, bo 40 lat już liczące, a każdy rok z tych 40 lat. pomnożyć mi wypada przez 365 dni wczorajszych. Obliczcie młodzi przyjaciele, jak wielkie to moje wczoraj.

A każde z tych licznych wczoraj wyryte jest głęboko w mej pamięci, bo nie przygasło, jak przygasa wczorajsze słońce na zachodzie. Z tylu to wczoraj składają się moje wspomnienia o Maksymilianie **R u t k o w s k i m.** I tyle to wczoraj

było moimi nauczycielami. Wy wszyscy, którzy już jesteście przygotowani oddawna do życia zawodowego, i wy młodzi, którzy zdobywacie waszą wiedzę zawodową, czerpać ją musicie z wiedzy waszych nauczycieli i musicie długo jeszcze z nimi przebywać jako z dojrzałymi i doświadczonymi znawcami życia. I musicie dotrzymać kroku wszystkiemu, co utwierdzi i rozwinie waszą przyszłą misję, wasze nowe idee, nowe metody pracy bo zbliżacie się do waszych celów nie tylko z otwartym umysłem i krytycznym zainteresowaniem, ale w towarzystwie i pod opieką waszego nauczyciela, któremu zaufaliście. I chociaż jesteście lekarzami, powinniście pozostać zawsze uczniami.

Szczęśliwy szukający własnych dróg życia, kto znajdzie tego, który idąc razem z nim, wskaże mu i pomoże je odszukać.

I chciałbym dziś — odszukać początek drogi, której tak, jak wy dzisiaj, wczoraj poszukiwałem, a którą krocząc znalazłem to wszystko, czym mnie dziś moje przeznaczenie obdarzyło.

Jako student III-go roku poznałem Maksymiliana Rutkowskiego w maleńkim chirurgicznym oddziele Szpitala św. Ludwika, gdzie był prymariuszem. Ujrzałem go po raz pierwszy przy wykonywaniu zabiegu chirurgicznego, który nam, uczniom demonstrował. I to jest moje pierwsze wspomnienie, wspomnienie sprzed 40 lat. I tu się zaczyna droga moja — długoletniej z nim znajomości i tu narazie nieświadomie zaczął się tworzyć wzór mego życia. Musiała to być niezwykła siła impresji, moment przeczucia, z którego znaczenia nie zdawałem sobie wówczas sprawy. Zrozumiałem to później, kiedy w rok niespełna jako jeden z 4 uczniów przyjęty zostałem na oddział chirurgiczny Szpitala św. Łazarza, którego wówczas prymariuszem był już Maksymilian Rutkowski. Każdą wolną chwilę przerw międzywykładowych spędzałem w oddziele. Jako docent wykładał dla mnie i 3 moich kolegów wyjątkowo, gdyż nikogo nie przyjmował na wykłady, tak pochłonięty był pracą swego oddziału. Godziny, które mógł dla nas poświęcić były to godziny poranków niedzielnych.

Maksymilian Rutkowski jako chirurg i nauczyciel stawał się podówczas naszym wzorem, moim wzorem. I dziś kiedy minęło tyle tysięcy wczoraj od owego dnia naszego poznania — nie chcę przypominać zasług jego jako lekarza, bo były one nakazem obowiązującym każdego z nas, a więc nakazem powołania niemal zakonnego. Nie poskąpił mu Stwórca wiedzy medycznej i zdolności — nie błyskotliwych a płytkich, ale wiedzy głębokiej, sumiennej i uczciwej, a również daru wielkiego, niecodziennego, daru wybranym tylko lekarzom udzielanego, jego stosunku do chorego O tym wiedzą wszyscy, którzy mu zawdzięczają życie i zdrowie, od maluczkiego począwszy aż do najwyższych kierowników życia państwowego i społecznego.

Te trzy cechy rozstrzygają o typie lekarza — człowieka, lekarza z powołania i różnią go od lekarza — rzemieślnika. Maksymilian Rutkowski lekarz-człowiek, stawał się w oczach naszych coraz jaśniejszym wzorem, któremu należało sprostać. A że był godnym naśladowania i dobrze wybranym wzorem, o tym pouczyła mnie dalsza z nim droga.

Każdy z nas kroczy swą własną drogą życia, którą wybrał i którą uważa za najlepszą. Na drodze tej zdarzają się różne zmiany, różne wydarzenia, różne wpływy i doświadczenia. Napełniają one coraz inne kielichy życia różnymi napojami. Nie brakło ich również na drodze Maksymiliana Rutkowskiego.

Nadeszła wojna 1914 r. i jej dalsze koleje. Rutkowski jako chirurg, później jako generał-lekarz armii polskiej — spełniał dalsze etapy swego posłannictwa niesienia pomocy walczącemu za ojczyznę. Do szczytnych powołań lekarza przybywa nowa spłata długu honoru i obowiązku wobec ojczyzny.

Nadeszły czasy powojennej, wskrzeszonej Polski. Wiedzę swą, zdolności i talent, siły i czas poświęca nauczaniu i kształceniu nowych pokoleń lekarzy, dla Polski. Lat blisko 20 kieruje katedrą uniwersytecką i oddziałem szpitalnym. Obowiązki swe wobec uczniów i nauczania spełnia ponad obowiązującą miarę, wtajemniczając uczniów w swe tajniki wiedzy i sztuki, obdarowując ich nimi hojnie, bez śladu zazdrości. Wychowuje licznych chirurgów, zajmujących dziś naczelne posterunki, podobnie jak wychował poprzednio jako prymariusz szeregi kierowników-chirurgów niezależnych placówek.

Nadeszła druga wojna światowa, a z nią klęska naszego kraju i przejściowa utrata bytu niepodległościowego. Rutkowski ustąpiwszy z zajmowanego miejsca nauczyciela, nie wycofuje się z drogi, którą mu wytyczył jego obowiązkowy i stały charakter. Pracuje w Polskim Czerwonym Krzyżu, pracuje w Ubezpieczalni Społecznej, oddając swój bogaty talent i olbrzymie doświadczenie na usługi nieszczęśliwych. A gdy zbliżał się lipiec 1944 r., kiedy to przeczuwaliśmy nadejście chwili wyzwolenia Krakowa, ale również niebezpieczeństwo walk o Kraków, Rutkowski zwołuje do Polskiego Czerwonego Krzyża kilkunastu lekarzy i zobowiązuje nas do zawiązania tajnego Lekarskiego Komitetu Obrony Krakowa i w moje ręce składa jego przewodnictwo.

Losy wojny inaczej zrządziły. Komitet nasz przekształca się w Komitet niesienia pomocy nieszczęśliwym warszawskim kolegom - lekarzom i ich rodzinom. Rutkowski współdziała z nami — tak jak jego małżonka, organizując opiekę nad wdowami i sierotami lekarskimi. Dom Maksymiliana Rutkowskiego staje się osią działalności naszej, miejscem, z którego płynie pomoc potrzebującym. Są to już dni wolności Krakowa Rutkowski staje na czele Zawodowego Związku Lekarzy Rzplitej Polskiej, aby być orędownikiem i obrońcą stanu lekarskiego, aby stać na straży etyki i charakteru lekarzy. Należał do tej garstki, która wskrzesiła pierwsze powojenne polskie czasopismo lekarskie „Przegląd Lekar-

ski" i wspólnie z komitetem redakcyjnym kierował nim aż do ostatnich chwil.

Szkicuję tylko fragmenty jego życia, odczytuję luźne kartki jego nienapisanej jeszcze biografii, ale — mówię tylko — zgodnie z prawdą o tym — co sam widziałem i co sam z nim przeżyłem.

I to jest moja prawda o Maksymilianie Rutkowskim.

Rutkowski był członkiem czynnym Polskiej Akademii Umiejętności i dyrektorem jej Wydziału Lekarskiego. Jako sekretarz tego wydziału pracowałem z nim wspólnie. Jeden z wybitnych chirurgów angielskich A. N. Whitehead mawiał do kończących studia lekarzy: „Życie człowieka ugruntowane jest na technice, wiedzy sztuce i religii". Oto 4 fundamenty, które również czynią człowieka dobrym lekarzem. I sława Rutkowskiego jako chirurga na tych 4 elementach była oparta. I słusznie ofiarowała mu P. A U., ta najwyższa świątynia naszej nauki, miejsce w swych murach. Niektórzy oceniają działalność naukową i sławę uczonego ilością stronnic zapisanego słowa. A ileż z tych stronic zostanie w pamięci — chociażby na okres życia ludzkiego? Godnymi utrwalenia wydają mi się żywe słowo i czyn. I one przejdą z wczoraj w dzień dzisiejszy i jutrzejszy, żyć będą wśród tych, którzy je słyszeli i widzieli i oni też dalej je przekażą.

Rutkowski nie potrzebował przelewać na papier swych myśli wysnutych z wniosków swych doświadczeń, przemyśleń i zabiegów chirurga-wirtuoza. Pisał je w umysłach i pamięci licznej rzeszy uczniów, pisał je skalpelem i obu rękami a także wiedzą, która była motorem powstawania wszystkich zabiegów i nowych metod operacyjnych przez niego przemyślanych i stworzonych — aby ratować życie. Czyż można pomyśleć, że urodzony bez rąk, choćby obdarzony najtęższym i najzdolniejszym umysłem mógłby być technikiem-wirtuozem tej wielkiej sztuki, jaką jest dzisiejsza chirurgia? Rutkowski swą wiedzę, pomysły i odkrycia przekazywał czynami — techniką, wspaniałym darem intuicji rozpoznawczej, o której krążą w dzisiejszej i dawniejszej generacji medycznej wieści, pełne podziwu dla trafności rozpoznania niezrozumiałej dla niewtajemniczonego jeszcze w tajniki wiedzy lekarskiej.

Ta właśnie ogólna a wszechstronna wiedza lekarska pozwalała mu na tak mistrzowskie rozpoznanie cierpień.

Bo był chirurgiem z Bożej łaski, chirurgiem rozważnym, widzącym przed sobą człowieka chorego, pragnącego żyć, kochającego życie, jedno z kółek indywidualnych, z których składa się społeczeństwo. W imię tych zasad działał jako chirurg dopiero wówczas, gdy rzeczywistość tego wymagała. Nie był skrajnym specjalistą w dzisiejszym pojęciu. Skrajność w specjalizacji prowadzi do zaprzepaszczenia medycyny generalnej. Medyk specjalista, to znawca tylko chorych narządów lub ich systemów i skrajność ta zasłania przed nim właściwe życie człowieka. A przecież człowiek jest przedmiotem badań i starań lekarza, a zadaniem jego, to przywrócenie zagrożonego niebezpieczeństwem choroby życia.

Tylko tak szeroko pojętą specjalność uznawał Maksymilian Rutkowski, specjalność na ogólnej wiedzy o człowieku i jego życiu opartą. Zmuszony do zabiegu, widział tylko człowieka, który pragnie żyć, którego strata byłaby ciosem dla rodziny i jej szczęścia, a nieraz dla całej nawet ludzkości. Życie i działalność Maksymiliana Rutkowskiego jest dowodem mych słów i świadczy o ich prawdzie. Rojny tłum specjalistów powoduje, że chory może mieć lekarzy, ilu zapragnie, ale nie będzie miał swego własnego lekarza, lekarza swego życia, na którego radach mógłby się oprzeć, jak na opinii najdoskonalszego eksperta. Dzisiejsi specjaliści pragnęliby być tylko admirałami floty morskiej lub komandorami powietrznej, a nikt nie chce walczyć na lądzie, niejako w piechocie, w obronie chorego.

Wiele powiedziano już o życiu lekarza, wiele radzono nad jego ciężkim zawodem, żądano skrócenia godzin pracy i długich odpoczynków, zwracano uwagę na niebezpieczeństwa czyhające na niego w zawodzie. Twierdzono, że wiek dojrzały lekarza w szczególnej należy mieć opiece. A jakże wyglądał ten wiek dojrzały Maksymiliana Rutkowskiego, którego historię dobrze dziś pamiętam. Od 8-mej rano do 3-ciej i dłużej praca w oddziele, potem praca w lecznicy, a między 6 i 7-mą już odwiedzał z nami chorych szpitalnych. Późną nocą, jak mi opowiadano, studia pism i dzieł lekarskich. Bo życie okazało się silniejsze niestety w swej srogości — a sumienność i poczucie obowiązku były silniejsze nad potrzebę wypoczynku. Ale też problemy, których rozwiązania oczekuje ludzkość od lekarza są tak olbrzymie, że lekarz chyląc się pod brzemieniem spełnianych licznych obowiązków — daleko jest dziś od tych ideałów — które by humanitarna ludzkość w podzięce za ratowanie życia powinna stworzyć.

Homines dum docent discunt i on nauczając innych, uczył się sam. Uczył się poznawać młodzież, aby tym łatwiej wprowadzić ją w zasady naszej nauki i sztuki — aby mogli stać się lekarzami życia. Ten małomówny człowiek roztaczał przed audytorium swych uczni jasność myśli i dedukcji, zapoznawał ją z arkanami medycyny uczył prawdziwej wiedzy lekarskiej, wiedzy o chorym człowieku, a nie o chorym narządzie. Nic więc dziwnego, że uczniowie byli pilnymi i wdzięcznymi słuchaczami.

Oto mała tylko garść wspomnień o Maksymilianie Rutkowskim rozsiana dziś przez tego, który wspólnie przebył z nim drogę ucznia, kolegi-prymariusza, kolegi uniwersyteckiego, kolegi z Polskiej Akademii Umiejętności, Ubezpieczalni Społecznej i licznych placówek społeczno-lekarskich. Przez lat 40 wspólnej drogi nie zmieniłem zdania o Maksymilianie Rutkowskim jako o lekarzu życia, człowieku zasad niezłomnych i wymagań wobec siebie i wobec lekarzy, dającym z siebie trud pracy, pełnię poświęcenia i wiedzy — ale też żądającym tej samej miary odpłaty. Wielu z was przeszło obok Rutkowskiego

przez krótką chwilę, nie mogliście też poznać go dokładniej jako człowieka, chociaż musieliście go poznać jako wzór lekarza, który nie złamał — ani nie zapomniał tych zasad, jakie nauka nasza i zrodzona z najprzedniejszych uczuć miłosierdzia nasza sztuka przed nami wytyczyła.

I dziś po 40 latach wspólnych przeżyć składam hołd i cześć pamięci mego nauczyciela, kolegi i towarzysza pracy. Składam go od całego świata lekarskiego, który rozumie stratę tego, który przeszedł przez życie nie jako ten, który spełniał obowiązki — ale ten, który był wzorem nam wszystkim i wzorem moim własnym. I my pójdziemy za nim, ale przedtem przekażemy pamięć o człowieku naszej epoki, o lekarzu życia, który torował w trudzie i wysiłku drogę dla lekarza z powołania, lekarza pełnego prawdziwej wiedzy, sumienia ludzkiego i samarytańskiej gotowości do usług dla cierpiącego. Maksymilian Rutkowski jako lekarz i człowiek był wzorem mego życia — dziś wspominając o tym i chlubiąc się tym, spłacam przynajmniej w małej części dług wdzięczności za to, że droga mojego życia była prosta i jasno wytyczona i słuszna, bo starała się być naśladownictwem jego drogi.

KORNEL MICHEJDA — Gdańsk

Było to w latach pomiędzy rokiem 1918 a 1922. Kierownictwo Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego z jednych rąk przechodziło w inne. Zwolna ustępował z katedry znękany długotrwałą, a podstępną chorobą ś. p. prof. dr Bronisław Kader, na jego miejsce wstępował śp. prof. dr Maksymilian Rutkowski. Dwie wybitne, a jakże bardzo różniące się indywidualności: Prof. Kader, znakomity chirurg, wniósł w swoją pracę cały, niepohamowany temperament, apodyktyczny sąd o rzeczach, nieznoszący sprzeciwu, gwałtowne porywy, które szkołę Kadera czyniły trudną i ciężką. Prof. Rutkowski, równej miary chirurg, wniósł do Kliniki surową dyscyplinę, spokój, systematyczność pracy, wzrok obrócony nie na zabieg operacyjny, lecz na chorego, dla którego zabieg był środkiem do upragnionego odzyskania nadwerężonego zdrowia. Odpowiednio do tego różny był stosunek obu profesorów do lekarzy asystentów, różny stosunek do personelu służbowego, inny do chorych, inny do codziennych spraw klinicznych, do zadań naukowych nauczycielskich, a nawet gospodarczych i administracyjnych.

Jednakże przez długie lata praca i działalność tych dwóch wybitnych indywidualności szła równolegle obok siebie. Nie tajnym było nikomu że między nimi stosunków osobistych jakby nie było. Gdy obydwaj nie żyją, mogę stwierdzić, że wina była nie po stronie ś. p. Rutkowskiego.

Sam jestem jedynym lekarzem, który miał szczęście być asystentem i Kadera i Rutkowskiego. Danym mi też było poznać na tle stosunku tych ludzi wielkoduszność ś. p. Rutkowskiego. Z jego wiedzą odwiedzałem chorego prof. Kadera, który darzył mnie swą przyjaźnią. Prof. Rutkowski dowiadywał się troskliwie o stan zdrowia poprzednika, a gdy zaszła potrzeba, nie zawahał się ani sekundy, by mu udzielić swej cennej i skutecznej pomocy. Od tej chwili zmieniło się wszystko. Mam dowody uwielbienia, jakie miał Kader dla swego następcy Forma, jaka została przez prof. Rutkowskiego zastosowana do przekreślenia długoletniego i przykrego konfliktu, była znana tylko niewielu ludziom, jak małej liczbie ludzi znanym był fakt wygaśnięcia konfliktu. A była to forma tak charakterystyczna dla zmarłego profesora, odznaczała się tak niezwykłą dyskrecją, pełną godności delikatnością, że nie wiem, czy w długim i bogatym życiu zmarłego znalazłby się moment, który by lepiej zdołał uwypuklić ten wielki rys człowieka; z pełnym prawem rzec możemy: ecce homo!

Wspomnienie drugie: Gdy jako p. o. kierownika kliniki przekazywałem nowomianowanemu profesorowi Rutkowskiemu zakład, zgłaszając jednocześnie dymisję z zajmowanego stanowiska, prof. Rutkowski spojrzał na mnie przeciągle i zapytał, czy postarałem się o inne stanowisko. Na moją przeczącą odpowiedź padło decydujące słowo profesora: Czy chcecie zostać? Było to tak niespodziane i tak szczere, że nie miałem cienia wątpliwości. Rozpoczął się ciężki okres przestawiania się na nowy tor, przeżyty pod ścisłą a jakże dyskretną kontrolą profesora. Minęło niewiele tygodni, a profesor zaczął mi okazywać zaufanie, a nawet przyjaźń. On przywykły sam, jak tytan dźwigać ciężar swego ciężkiego zawodu, zaczął się zwierzać. Jakże boleśnie przyjął wiadomość o nagłej śmierci chorego, którego sam operował z powodu przepukliny! Jakże strasznymi były dla niego chwile, gdy operowany przez niego syn znanego lekarza z powodu nawrotu mięsaka kostnego szyjki uda zaczął gorączkować, a profesor również dotknięty ostrą chorobą nie mógł się nim bezpośrednio zajmować. Ileż to cennych wskazówek przekazywał mi telefon i osobiste rozmowy. A gdy karta się odwróciła, chory zaczął powracać do zdrowia, z jakąż radością przyjął o tym wiadomość! Wtedy poznałem, ile ten pozornie zimny człowiek wnosi w swój zawód gorącego uczucia.

I tak szybko mijało te półtora roku ciężkiej pracy, nie znającej zwyczajnych pór doby. Wśród niej ćwierć wieku temu, a więc w r. 1922 przyszło do mnie zaszczytne zaproszenie do objęcia katedry w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie Zwróciłem się oczywiście do profesora. Jak zawsze, krótka była nasza rozmowa.

Co zamierzacie robić? Ciężko mi było opuszczać Kraków, Klinikę, w której tyle doznałem bodźców. Oświadczyłem jednak, że pozytywną odpowiedź uważam za obywatelski obowiązek. „Tak jest“ była odpowiedź profesora. I dopiero w Wilnie dowiedziałem się, komu zawdzięczałem to zaszczytne powołanie; że główną jego sprężyną był nie kto inny, tylko właśnie prof. Rutkowski Czyż nie przypomina to sposobu, jakim posługi-

wał się Billroth przy promowaniu swych uczniów na katedry uniwersyteckie?

Obawiałem się, że odległość rozluźni stosunek nauczyciela do przygodnego ucznia, zwłaszcza, że mistrz mój znany był z niechęci do korespondencji. A jednak pozostał profesor dyskretnym opiekunem, raczej duchem opiekuńczym nowej i młodej Kliniki, której powolny rozwój śledził z niesłabnącą uwagą i zainteresowaniem. Współczuł ze mną, gdy walczyłem z piętrzącymi się trudnościami, dodawał otuchy i wiary w to, że usilna praca doprowadzi do zamierzonego celu. A gdy przeżywałem ciężkie chwile, zawsze stawał u mego boku, jako doradca i przyjaciel. Z listu jego wyjmuję następujące słowa: „Współczuję z wami w całej pełni, jak tylko współczuć i rozumieć może waszą sytuację drugi chirurg, który w swym życiu zawodowym dużo pracował; sytuacji takiej lekarze nie chirurdzy odczuć nie potrafią. W takich wypadkach jak B. wszystkie rozumowe dowodzenia istotnego braku jakiegokolwiek błędu nie są dla czującego chirurga pociechą, — pozostaje zawsze w głębi ciężki choć nieuzasadniony ból".

A gdy było trzeba porady słownej, pomocy w niezwykle ciężkich i odpowiedzialnych przypadkach profesor Rutkowski nigdy nie zawahał się podjąć trudu dalekiej podróży, by stanąć do rady i pomocy. Ostatni raz stało się to w letnich miesiącach 1939 roku. Nie zawahał się zboczyć z podróży wakacyjnej ,by udzielić skutecznej porady, dzieki której najcięższe lata wojny przetrwał człowiek, który, jak profesor, był symbolem siły i niezłomności, był moralną ostoją zgnębionej ponad wszelką miarę ludności.

Nikt nie wie o tym, jaki przemożny wpływ w późniejszych latach na niektóre sprawy wileńskiego wydziału lekarskiego miał profesor R u t k o w s k i. A wywierał ten wpływ, jak zawsze dyskretnie z pełnym taktem. Szereg powołań dokonało sie pod niewidocznym jego wpływem, a były to powołania, z których wydział wileński słusznie mógł być dumnym.

Wojna przerwała kontakt profesora z kliniką wileńską, która zresztą od 15. grudnia 1939 roku przestała istnieć. Uczucia swoje profesor R u t k o w s k i przelał na klinikę gdańską. Interesował się jej losem bardzo gorąco: a gdy sposobność się nadarzyła, podjął znowu trudy podróży, by na miejscu oglądnać, być świadkiem operacji, posłuchać wykładu. Nie pozwolił na to, by Go wobec zgromadzonej młodzieży przywitać i uczcić. Młodzież z niezwykłym zainteresowaniem i ciekawością wpatrywała się w szlachetną i dostojna twarz nestora chirurgii polskiej, siedzącego wśród niej, bo nie pozwolił nawet na postawienie dla siebie fotela. Następnego dnia na prośbę młodzieży musiałem powiedzieć jej, jaki to gość zaszczycił wykład swa obecnością. A po wykładzie życzliwa, ale rzeczowa krytyka doświadczonego nauczyciela w stosunku do ucznia. Jeszcze po raz ostatni w ciągu letnich miesięcy bieżącego roku odwiedził Gdańsk, konsultował kilku chorych w klinice, pozostawiając po sobie niezatarte wrażenie.

Zeszedł do grobu Nestor chirurgii polskiej. Nestorem był nie tylko z wieku. Był bez wątpienia pierwszym wśród współczesnych sobie chirurgów polskich. Jako kierownik najstarszej polskiej kliniki chirurgicznej godnie utrzymał tradycje stworzone w niej przez wielkiego Jana M i k u l i c z a w okresie narodzin nowoczesnej chirurgii. A poza tym, jeśli słuszny jest podział adeptów sztuki lekarskiej na lekarzy i medyków, to ś. p. R u t k o w s k i był wzorem lekarza. A że jednocześnie był mistrzem chirurgii, więc jemu lepiej niż innym było reprezentować zawód chirurga, który G o e t h e określił słowami: chirurgia jest boskim zajęciem, bez cudu leczy, bez słów czyni cuda.

G o e t h e pisząc te słowa, zapewne był wpatrzony w typ chirurga, jaki reprezentował ś. p. prof. dr Maksymilian R u t k o w s k i.

STANISŁAW PLAPPERT **Kraków**

Przypadł mi w udziale zaszczyt, jako bliskiemu współpracownikowi Prof. Dr Maksymiliana R u t k o w s k i e g o w pracy społecznej w okresie okupacji, omówić Jego działalność społeczną, gdyż przedstawienie wielkiej pracy śp. Prof. R u t k o w s k i e g o tylko jako lekarza, uczonego i wychowawcy nie dałoby pełnego obrazu jego osobistości.

Śp. Prof. R u t k o w s k i, najściślej związany z krakowskim społeczeństwem, wrażliwy na wszystkie troski i przeżycia narodu i miasta, z którym związało Go życie, był zawsze gotowy do ofiarnej służby i do przyjęcia najbardziej odpowiedzialnych obowiązków, odpowiadających jego obywatelskiemu sumieniu.

Zawsze i wszędzie był przede wszystkim człowiekiem, wolnym i niezależnym w swych sądach i czynach, bez przesądów i uprzedzeń, był surowym i wiele wymagającym od siebie, a także surowym dla jednych, natomiast łagodnym i pobłażliwym dla innych, zwłaszcza dla tych, którzy szukali u niego rady i pomocy w cierpieniach, ponieważ głęboko odczuwał niedolę człowieka złamanego chorobą.

Przedmówca — omawiając działalność lekarską Prof. R u t k o w s k i e g o — przedstawił także i Jego prace w służbie wojskowej.

Byłem żołnierzem od najmłodszych lat mego życia, toteż czuję się upoważniony imieniem tej żołnierskiej braci, której Profesor R u t k o w s k i dzięki swemu sercu i swej ogromnej wiedzy lekarskiej przywracał radość życia i wiarę w życie wyrazić śp. Zmarłemu głęboki hołd.

Wywołane wojną w roku 1939 ubytki we wszystkich ośrodkach pracy opieki społecznej musiały być wypełnione przez ludzi dobrej woli i o nieugiętych charakterach. Wtedy to i w P. C. K w Krakowie, którego Zarzad również się zdekompletował, musiał nastąpić (1940) dobór nowych ludzi.

Wśród tych, którzy zgodzili się na pracę społeczną w nowych i nieznanych warunkach, był Profesor Dr Maksymilian R u t k o w s k i, które-

mu przypadła z wyboru w udziele prezesura nowego Zarządu Krakowskiego P. C. K.

Mając pełną świadomość czekających Go trudności ze strony władz okupacyjnych oraz widząc jasno konieczność opanowania naszego indywidualizmu narodowego celem wytworzenia zwartej postawy całej organizacji i celem zespolenia wszystkich wysiłków w kierunku ratowania mnożących się ofiar wojny, objął Profesor Rutkowski po głębokim namyśle to stanowisko, gdyż zdawał sobie sprawę z tego, że jego nazwisko, powaga i doświadczenie życiowe były wówczas potrzebne dla obrony praw społeczeństwa polskiego wobec okupanta i dla wewnętrznej konsolidacji i organizacji pracy opiekuńczej i sanitarnej P. C. K. W ten sposób przez dwa lata prawie sprawy Czerwonego Krzyża pochłaniają zupełnie jego czas. Pracuje z nami jako najbardziej oddany sprawie pracownik, interesuje się każdym ważniejszym wypadkiem czy zagadnieniem i nie uchyla się nigdy od żadnej narady, konferencji czy koniecznej decyzji, wnosząc do Czerwonego Krzyża niewzruszony spokój i wiarę w ostateczny triumf sprawiedliwości.

Gdy z biegiem czasu wynikła także konieczność udziału Jego w pracach nad rozwojem agend R. G. O., bierze udział w pracach tej Instytucji, broniąc nieraz bardzo stanowczo prawa do samodzielnego rozwijania działalności P. C. K.

W marcu 1941 r. wyszło polecenie władz okupacyjnych, rozwiązujące wszystkie zarządy i komisje P. C. K. oprócz Zarządu Głównego w Warszawie. Zarządzenie to wprowadziło również ścisły nadzór przez mianowanych w Warszawie i okręgach komisarzy niemieckich, a celem tych zarządzeń było ograniczenie działalności P. C. K. Wówczas to ustąpił Prof. Rutkowski z pracy w P. C. K.

W czerwcu 1941 r. zrezygnował także Profesor Rutkowski wraz z innymi z godności członka R. G. O., a to na znak protestu przeciw ścisłemu nadzorowi władz niemieckich, zacieśniającemu uprawnienia tej Instytucji.

Nie ustał jednak śp. Prof. Rutkowski w Swej pracy społecznej, zachowując przez cały czas okupacji żywy kontakt z tymi, którzy kontynuowali tę ograniczoną przez okupanta działalność P. C. K. i bierze czynny udział w tajnych przez P. C. K. prowadzonych pracach grona lekarzy krakowskich, chcących przygotować Kraków do którego zbliżała się już szybkimi krokami nawała wojny, na wszystkie ewentualności wojny lotniczej, a nawet na ewentualne oblężenie miasta.

Dzięki jego światłym radom wyruszyła do Milanówka ekipa lekarzy krakowskich zaopatrzona w materiały sanitarne z pomocą dla ewakuowanej ludności warszawskiej.

Dzięki Niemu też w dniach zdobywania Krakowa przez armię radziecką pojawili się na ulicach miasta lekarze z oznakami P. C. K., którzy nieśli doraźną pomoc rannej ludności cywilnej.

Śp. Prof. Rutkowski mimo swego wieku i oficjalnej emerytury brał udział w najcięższym okresie we wszystkich pracach, które okoliczności wysuwały, nie pragnąc nigdy żadnych zaszczytów ani godności.

Także i na polu ubezpieczeń społecznych działał Prof. Rutkowski, pracował bowiem w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie do ostatniej chwili Swego życia, przez pełnych lat 5 w charakterze lekarza konsulenta chirurga. Okres ten należał do najcięższych chwil naszego bytu narodowego, jednak Prof. Rutkowski nie wahał się stanąć i tutaj do pracy, by oddać swe ogromne doświadczenie dla dobra świata pracy.

Warunki tej pracy w dobie okupacji były dla konsulentów Ubezpieczalni szczególnie trudne. Niejednokrotnie konsulenci musieli zacisnąć zęby, słysząc zarządzenia niemieckiego lekarza naczelnego Ubezpieczalni i musząc znosić jego nieopanowane zachowanie się.

Prof. Rutkowski potrafił skutecznie przeciwstawiać się Niemcom i zawsze służył każdemu ubezpieczonemu swym bogatym doświadczeniem lekarskim i radą, płynącą z serca.

Prof. Dr Maksymilian Rutkowski, którego najistotniejszy rys charakteru stanowiła szlachetność, dobroć i pragnienie niesienia pomocy i ulżenia doli i cierpieniu bliźniego, czynił w całym Swym życiu dobrze dla dobra samego, uważając to za myśl przewodnią swego życia długiego i owocnego.

Pamięć o trudzie i ofiarnej pracy śp. Prof. Dra Maksymiliana Rutkowskiego niech będzie wyrazem wdzięcznego uznania nie tylko tych, którym bezpośrednia Jego obywatelska działalność dawała konkretne korzyści czy niosła ulgę ich cierpieniom, nie tylko tych, którzy z Nim i przy Nim pracowali, ale całego polskiego społeczeństwa, któremu przez przeszło pół wieku wiernie i z całym oddaniem służył.

Cześć Jego nieodżałowanej pamięci!

JÓZEF BOGUSZ — Kraków

Maksymilian Rutkowski

Zamknięcie księgi żywota prof. Maksymiliana Rutkowskiego stanowi zamknięcie rozdziału historii chirurgii polskiej.

Przez lat 18 kieruje On katedrą chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Obejmuje ten wysoki urząd, stanowiący najwyższe dostojeństwo Jego życia zawodowego, po wielkich poprzednikach Mikuliczu, Rydygierze, Obalińskim, Kaderze, z uczuciem radości, dumy i wdzięczności dla losu. Ale jednocześnie obejmuje to duchowe dziedzictwo Narodu z całą świadomością głębokiej odpowiedzialności, jaka ciążyć będzie na Nim przez wszystkie dni Jego żywota oraz z pragnieniem okazania się godnym cieniów swych wielkich poprzedników.

Wychowuje generacje młodych chirurgów, stając się twórcą prawdziwej, wielkiej „szkoły chirurgicznej". Dla chorych staje się bożyszczem, imię Jego rozlega się szeroko po całym kraju.

Poza granicami kraju przyczynia się do podniesienia autorytetu nauki polskiej, rozsławiając opinię chirurgii polskiej.

W charakterystyce osobowości wielkich chirurgów trzy dają się wyróżnić główne pola ich działalności: 1) Działalność naukowa, badawcza, twórcza. Utarło się naogół, iż wartość tej działalności ocenia się ilością i jakością ogłoszonych prac. 2) Drugi rodzaj działalności, to praca dydaktyczna, pedagogiczna w najszerszym tego słowa znaczeniu. Kształcenie studentów medycyny, lekarzy, pielęgniarek, pomocniczego personelu sanitarnego wchodzi w zakres tej działalności. 3) Trzecie wreszcie pole pracy, to praca ściśle lekarska. Wykonywanie zabiegów operacyjnych, bezpośrednia opieka nad chorymi stanowią tu istotę sprawy.

W życiu każdego z chirurgów daje się spostrzec, iż pewne z wymienionych trzech rodzajów działalności wysuwają się na plan pierwszy, inne znowuż pozostają nieco w tyle. Niema takiego chirurga, któryby wszystkim trzem działom pracy oddawał się z jednakowym nasileniem. Nie starczyłoby życia jednego człowieka, by z jednakową energią i z jednakimi wynikami opanować wszystkie trzy pola działalności.

Rutkowski należał do rzędu tych chirurgów, u których na pierwszym planie stała praca ściśle lekarska i praca pedagogiczna. Jego prace naukowe nie są ani za zbyt liczne ani rewelacyjne. Są to jednak prace prawdziwie wartościowe, wykonywane nie dla ambicji i zadowolenia autora, ale prace pozostające w ścisłym związku z chirurgią praktyczną, podające nowe sposoby postępowania operacyjnego w różnych sprawach, ulepszenia dawnych metod itd. Zostały one omówione w poprzednich przemówieniach. Istotę wartości Jego stanowią jednak nie prace napisane, ale praca dydaktyczna i ściśle lekarska, wykonywana przez cały czas trwania Jego życia.

Należał do rzędu wielkich lekarzy w najprawdziwszym i najszlachetniejszym tego słowa znaczeniu. Kiedy szeroki ogół mówi o wielkim chirurgu, ma na myśli przede wszystkim sztukę wykonywania najtrudniejszych zabiegów operacyjnych, może także — ale już w mniejszym stopniu — sztukę rozpoznawania chorób. Tymczasem umiejętność operowania, aczkolwiek niezmiernie ważna, bynajmniej nie wyczerpuje wartości wielkiego chirurga, stanowi tylko część jego wartości. Albowiem pozostaje sztuka rozpoznawania cierpień. sztuka wnikania w życie duchowe chorego, właściwe podejście do niego — a zatem te wszystkie cechy, które dopiero razem wzięte stanowią o pojęciu wielkiego lekarza.

Ci, którzy mieli szczęście pracować w klinice pozostającej pod Jego kierownictwem, wychowankowie Jego, którzyśmy Go bezpośrednio otaczali, mogliśmy raz po raz i coraz na nowo zdumiewać się wnikliwością, z jaką odgadywał usposobienie chorego. Wystarczyło nieraz krótkie tylko odezwanie się chorego, niekiedy nawet tylko spojrzenie jego, a Rutkowski natychmiast był zorientowany, z jakim typem chorego ma do czynienia: czy to jest chory dzielny, bagatelizujący cierpienie, któremu trzeba z całą powagą i dosadnością przedstawić niebezpieczeństwa, czy też jest to chory przejęty swą chorobą, dla którego balsamem kojącym będą słowa pokrzepienia i otuchy itd. itd Był Rutkowski małomównym, słów nie wypowiadał wielu, ale jakże trafnie słowa te były dobierane. Ten napozór twardy, pokryty okową lodową człowiek w rozmowie z chorymi umiał dobierać słów najmiększych i najczulszych, albowiem serce Jego było czułe i gorące. Chorzy zawsze z niecierpliwością oczekiwali Jego wizyt, po każdej wizycie czuli się wzmocnieni i podniesieni na duchu. Jakżeż często można było słyszeć z ust chorych następujące słowa: „Kiedy zbliża się do mnie Profesor Rutkowski, czuję, że we mnie zdrowie wstępuje". Ta psychoterapia, korzystne wpływanie na stan duchowy chorych, miało bardzo doniosłe znaczenie w całym leczeniu.

Przedmiotem Jego największej troski i pieczołowitości byli najciężej chorzy, a wśród tych przedmiotem całkiem szczególnej troski byli chorzy nieuleczalni, np. chorzy na raka z przerzutami, skazani na niechybną śmierć. Chorzy ci, których niejednokrotnie krok tylko już dzielił od śmierci, wpatrzeni byli zawsze w osobę Rutkowskiego jako w tego, kto im napewno przyniesie pomoc, wierzyli, że On ich napewno od ich strasznego cierpienia uwolni. Niezapomnianą jest młoda, kwitnąca, 28-letnia matka kilkomiesięcznego dziecka, leczona przed przyjęciem do kliniki z powodu nieokreślonych bólów w okolicy miednicy przez innych lekarzy, którzy rozpoznawali poporodowy rozstęp spojenia łonowego, to znowuż guzki krwawnicze itd. Rutkowski stwierdził raka odbytnicy oraz nierówny, guzowaty brzeg wątroby, a więc wedle wszelkiego prawdopodobieństwa już przerzut w wątrobie. Zabieg operacyjny potwierdził to. I teraz po operacji chora ta, skazana na niechybną śmierć, przeżyła w klinice kilka miesięcy aż do swego zgonu Podziwialiśmy tutaj niewyczerpaną tkliwość i czułość Rutkowskiego, z jaką zawsze do chorej tej się odnosił, jak nigdy nie pominął obojętnie żadnej skargi chorej, ale jak zawsze na każdą nową jej skargę umiał znaleźć słowo uspokajające. Chora ta powoli zamierająca, karmiona coraz to większymi dawkami morfiny, nawet w chwilach już bezpośrednio poprzedzających śmierć umiała zawsze na widok Rutkowskiego zdobyć się na uśmiech. Czyż może być w tych rozpaczliwych przypadkach dla lekarza piękniejsze zadanie, jak troska o to, by tych nieszczęśliwych chorych nawet w chwili zejścia z tego świata nie opuszczała ufność w poprawę ich stanu, by umierali oni zaprawdę z nadzieją na wyzdrowienie?

W odnoszeniu się do chorych nie znał Rutkowski żadnych różnic. Czy była to osoba z tzw. „wysokich sfer", polecana i protegowana przez wpływowe osobistości czy też był to prosty chłopek ze wsi — wszyscy chorzy darzeni byli tą samą troskliwością i pieczołowitością. Stopniowanie troskliwości zależne było li tylko od ciężkości

stanu, nigdy zaś od jakichś zewnętrznych okoliczności.

Bardzo lubiał dzieci. Małe te istotki, w czasie swej choroby otaczane były w Klinice szczególną miłością Rutkowskiego. Do Kliniki należał wówczas Oddział Chirurgii Dziecięcej. Wizyty na tym oddziele dawały wiele sposobności do wesołości i żartów.

Pracę Jego cechowały wielkoduszność i prawdomówność. Posiadając olbrzymie doświadczenie lekarskie mylił się bardzo rzadko, niemniej do swych błędów rozpoznawczych czy innych omyłek w działalności lekarskiej przyznawał się zawsze szczerze i otwarcie. Tylko mali ludzie pragną stworzyć wokół siebie sztucznie atmosferę nieomylności, tylko dla ludzi małodusznych wszystko zawsze jest jasne i zrozumiałe. Prawdziwie wielkie umysły natomiast nie kryją granic swej wiedzy, zachowują zawsze skromność i poczucie swej niedoskonałości. Omawiając w czasie wykładów dla słuchaczy medycyny trudności rozpoznawcze, jakie zachodzą w wypadkach zapalenia kości (osteomyelitis) i mięsaka kostnego (osteosarcoma), niemal rokrocznie przytaczał epizod ze swej praktyki, kiedy młodemu człowiekowi, u którego z wszelką pewnością rozpoznawał mięsaka kości udowej, doradzał koniecznie odjęcie kończyny. Tymczasem ów chory na amputację nie zgodził się i tym samym uratował sobie kończynę, gdyż okazało się później, że chodziło tu nie o mięsaka a o zapalenie kości.

Przytoczę tu inny epizod z Jego pracy klinicznej. W czasie „odbierania ambulatorium“ bada dziecko 6-letnie, u którego stwierdzało się wysoką ciepłotę od 24 godzin, wymioty, silne bóle brzucha, obronę mięśniową nad prawym talerzem biodrowym — krótko mówiąc objawy, wskazujące na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Padają z ust Profesora krótkie, oczekiwane słowa: „Przyjąć i operować“. Profesor odjechał z Kliniki, lekarze przystąpili do operacji. Ku wielkiej niespodziance zmian w wyrostku nie stwierdzono. Widać, chodziło tu o jakąś inną sprawę, być może zaburzenia żołądkowo-jelitowe, do złudzenia imitującą jak to niekiedy u małych dzieci bywa, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Po kilku dniach w czasie wizyty na oddziale dziecięcym, lekarz prowadzący salę, przedstawiając to dziecko, które znajdowało się wówczas już w zupełnie dobrym stanie, mówi oględnie: „To jest owo dziecko, u którego było podejrzenie na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ale przy operacji zmian nie stwierdzono“. Na to Profesor, który miał doskonałą pamięć chorych: „To nie było żadne podejrzenie, to było rozpoznanie pewne, ale fałszywe“.

Takie i tym podobne powiedzenia małomównego naogół profesora komentowane były później przez nas długo i urastały do rzędu aforyzmów.

Kiedy jeden z asystentów, lubiący zadawać dużo pytań, w czasie oglądania zdjęć rentgenowskich zadaje raz po raz Profesorowi pytanie: „A co oznacza ten cień?“, „A co to za smuga?“ „A co to?“ itd., Rutkowski naprzód udziela wyjaśnień, wreszcie rzecze spokojnie: „Czy Wy sądzicie, że dlatego, że jestem profesorem, muszę już wszystko wiedzieć?“

Poczucie własnej niedoskonałości, świadomość granic swej wiedzy przy jednoczesnym olbrzymim doświadczeniu i wiedzy cechowały zawsze wielkiego Profesora.

Przedstawiał ogromną siłę diagnostyczną. Jego bogate doświadczenie ogólno-lekarskie, prawdziwa intuicja lekarska, opierająca się jednak zawsze na realnych podstawach, doskonałe wyniki lecznicze zyskały Mu z biegiem czasu sławę nieomylnej wyroczni. Jak pielgrzymki do Mekki, tak do Niego z najróżniejszych zakątków naszego kraju ciągnęli chorzy, prosząc o decyzję i pomoc w najtrudniejszych wypadkach. Imię Jego rozlegało się szeroko, a Klinika, jaką kierował, pozyskała sobie miano jednego z najlepszych zakładów chirurgicznych w Polsce.

We wskazaniach operacyjnych był niezwykle krytyczny i ostrożny. Będąc chirurgiem w całym tego słowa znaczeniu od noża nie uciekał, niemniej do operacji namawiał tylko wówczas, kiedy zachodziła istotna po temu potrzeba, również wtedy, kiedy w grę wchodziły tzw. „zabiegi lekkie“. Dla chorego bowiem niema operacji „lekkiej“. Operacja „lekka“ może być tylko i wyłącznie dla chirurga, o ile chodzi o łatwość jej wykonania, o krótki czas trwania itd. Dla chorego jednak każda operacja kryje w sobie pewne ryzyko i niebezpieczeństwo. Wskazania operacyjne ważył zatem bardzo dokładnie, potwierdzając słuszne zdanie, iż dobrego chirurga poznaje się nie po tym, ile przypadków on operuje, ale raczej po tym, ilu przypadków on nie operuje. Kiedy jednak uważał zabieg operacyjny za wskazany, natenczas nie było dlań wahania.

Sztukę operowania posiadł w najwyższej doskonałości. Z natury ogromnie spokojny i opanowany, umiał zachować równowagę, spokój i umiar w najtrudniejszych sytuacjach. Jego działanie operacyjne najprostszymi i najkrótszymi drogami zmierzało do celu. Każdy następny kolejny akt operacyjny wypływał z żelazną konsekwencją z poprzedniego. Nie było tu nigdy jakichś czynności niepotrzebnych, wykonywanych nie we właściwym czasie. „Kiedy widzi się operację prof Rutkowskiego, ma się wrażenie, iż przerzuca się kolejno karty atlasu operacyjnego“ — powiedział raz jeden z Jego najznakomitszych uczniów. Gdy obraz w polu operacyjnym wykazywał stosunki odmienne, niż tego można było spodziewać się na zasadzie badania klinicznego lub też gdy występowały nagłe, niespodziewane trudności i powikłania — niespodzianki wszak bywają tutaj częste — przestawienie się i podjęcie dalszej pracy w nowych nieoczekiwanych warunkach odbywało się spokojnie, bez zgrzytów, z prawdziwym opanowaniem sytuacji.

W czasie operacji Rutkowskiego panowała na sali operacyjnej cisza zupełna. Lekarze asystujący bez specjalnych poleceń wykonywali swe pomocnicze czynności. Instrumentariuszka w lot orientowała się, jakie narzędzie w danej

chwili jest potrzebne. Podział ról operatora i osób pomagających był bardzo ścisły. Niekiedy tylko z ust Rutkowskiego padały krótkie słowa komendy. Boć przecież tylko spokój i zrównoważenie zapewnić mogą odpowiednie skupienie i opanowanie. Nie śpieszył się nigdy nadmiernie w czasie operacji, był przeciwnikiem wszelkich rekordów szybkościowych. Wychodził bowiem z założenia, że tak jak zbytnia szybkość badania, tak i zbytnia szybkość operowania snadnie łączyć mogłaby się z niedokładnością.

W technice operacyjnej wypracował i ustalił pewne sposoby postępowania. Żądał bezkompromisowo stosowania tych, a nie innych sposobów postępowania technicznego i aseptycznego. Te linie wytyczne, oparte na długoletnim doświadczeniu i krytycznej ocenie najróżniejszych sposobów postępowania, stanowiły dla młodego lekarza prawdziwy drogowskaz w chaosie najróżnorodniejszych metod, sposobów i sposobików. Gdyby ktoś podniósł zarzut, że bezwzględne żądanie stosowania jednolitego sposobu postępowania krępować może indywidualność, wówczas jako odpowiedź niechaj posłuży to, iż niczego tak bardzo nie potrzeba młodemu, rozwijającemu się chirurgowi, jak twardej, nieustępliwej ręki, jak ścisłego ustalenia pewnych wzorów, od których niema odchyleń. Dopiero gdy młody chirurg opanuje te ustalone sposoby postępowania, gdy przyswoi sobie wszystkie zasady „szkoły", natenczas z powodzeniem będzie mógł wprowadzać pewne modyfikacje, albowiem wtedy będzie już działać krytycznie, opierać się będzie na doświadczeniu. I jeśli dzisiaj tu i ówdzie pewne odstępstwa od żelaznych kanonów „szkoły Rutkowskiego" byłyby może uzasadnione, to w niczym nie tylko nie umniejsza to znaczenia zasług Jego, ale przeciwnie, podkreśla to je jeszcze w wyższym stopniu. Życie płynie, rozwija się. Chirurgia również rozwija się. stać w miejscu nie powinna i nie może. Ale wszelki dalszy rozwój i postęp dokonuje się li tylko w oparciu o już uzyskane zdobycze i osiągnięcia. I tutaj „szkoła Rutkowskiego" stanowi prawdziwie granitową podwalinę, na której opierając się rozwijać można wspaniałą sztukę chirurgiczną.

Należy podkreślić, iż ciężar psychiczny, jaki dźwiga na sobie kierownik dużego oddziału chirurgicznego, jest bardzo wielki. Nie rzadko wydarza się, iż po operacjach, przeprowadzonych jak najlepiej, z nakładem największych sil chirurga, występują powikłania, na których pojawienie się nikt wpływu mieć nie może i których pojawieniu się nikt zapobiec nie jest zdolny. Przełom ze stanu dobrego w zły dokonuje się tu nieraz nagle, raptownie, sprawiając, że stan chorego, dotąd zupełnie dobry, zaczyna budzić najgroźniesze obawy i niweczy wszelkie najpiękniejsze nadzieje chirurga. Niczym wydaje się wówczas to, iż setki innych chorych, uratowanych od ciężkiego niebezpieczeństwa opuściły klinikę wyleczone, ten jeden nieszczęśliwy przypadek przyćmi na pewien czas wszystkie inne, kładąc się kamieniem na duszy chirurga. Krzywa nastroju psychicznego chirurga waha się od stanów najwyższego zadowolenia i radości do stanów ciężkiego przygnębienia i depresji. Trzeba doprawdy dużego hartu i wytrzymałości nerwowej, by w takich ciężkich chwilach nie ulec załamaniu. Potrzebna tu jest wielka siła duchowa i ufność w własne siły, która pozwoli chirurgowi zwalczyć takie chwile. Podziwialiśmy hart ducha Rutkowskiego, kiedy np. przechodząc od łóżka chorego umierającego z powodu powikłania pooperacyjnego do łóżka innego chorego, cierpiącego na tę samą chorobę, umiał tego drugiego z uśmiechem na ustach i łagodnymi słowy nakłonić do poddania się tej samej operacji, z powodu której poprzedni chory umierał. Rutkowski posiadał tę wielką siłę duchową, która pozwalała Mu przechodzić przez te najcięższe chwile chirurga.

Zasłynął również jako znawca sądowy w zakresie chirurgii na całą Polskę. Opiniował sprawy karno-sądowe, sprawy cywilno-sądowe oraz wydawał orzeczenia w spornych sprawach wypadkowych, przekazywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W sprawach karnych, dotyczących lekarzy, rozwijał Rutkowski nadzwyczajną znajomość rzeczy. Posiadając olbrzymie doświadczenie ogólnolekarskie, był wobec kolegów sędzią wyrozumiałym. Tylko młodzi i nie posiadający sami doświadczenia życiowego biegli sądowi ciskać będą odrazu kamieniami za błędy w rozpoznaniu i wynikające z błędu rozpoznania fałszywe leczenie. Rutkowski wnikał tu zawsze głęboko w sedno sprawy: nie to było istotne, czy popełniony został błąd w rozpoznaniu lub czy zostało podjęte opierające się na błędnym rozpoznaniu fałszywe leczenie, ale to, czy lekarz rozwinął należytą dbałość i troskliwość o chorego, czy wyczerpane zostały wszelkie możliwości, ułatwiające rozpoznanie. Albowiem człowiek jest istotą omylną i wiedza lekarska posiada niestety dość ścisłe granice. Omyłki rozpoznawcze wydarzyć się mogą każdemu i najdoświadczeńsi staną niekiedy wobec przypadków, których w sposób właściwy rozwiązać nie zdołają. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by stawał się obrońcą obwinionych. Gdy bowiem okazało się, że lekarz niedbale opiekował się chorym, że nie rozwinął dostatecznej troskliwości wobec chorego albo też, gdy wykazał zdecydowaną ignorancję, działając z pominięciem podstawowych zasad nauki lekarskiej, natenczas nie znał względów.

Sprawy karne lekarzy opiniował Wydział Lekarski „in corpore". Wydział Lekarski wyłaniał Komisję sądową, w skład której wchodził w sprawach chirurgicznych Rutkowski i Olbrycht, który znając nie tylko medycynę sądową, ale i stronę kliniczną, czuwał bacznie nad świetnym wykończeniem opinii tak pod względem merytorycznym, jak i formalnym. Opinie te zyskały sobie znakomitą markę. Nic dziw więc. że sądy Rzeczypospolitej z najróżniejszych miast zwracały się właśnie do Wydziału Lekarskiego U. J. z prośbą o wyrażenie opinii w najtrudniejszych sprawach.

Odrębną kategorię spraw sądowych stanowiły sporne sprawy o rentę wypadkową, przekazywane przez oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Najwięcej spraw napływało z Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Chorzowie, działającego dla wysoce uprzemysłowionej górnośląskiej części Województwa Śląskiego.

W orzeczeniach tych chodziło o ustalanie związku przyczynowego między różnymi schorzeniami a wypadkami w zatrudnieniu. Sprawy przedstawiały niejednokrotnie bardzo wielkie trudności. Wszak jest cały szereg jednostek chorobowych, których przyczyn nauka lekarska dotąd nie zna, a tu należało rozstrzygać, czy zachodzi związek przyczynowy między tą jednostką a urazem. Wystarczy wspomnieć o raku, by zrozumieć, jak wielkie trudności wyłaniają się tu nieraz dla orzekającego.

Otóż w sprawach tych Rutkowski kierował się rozumowaniem jak najprostszym, dążąc najkrótszymi drogami do prawdy. Chwytał sprawę „za czuprynę“, przy czym rozumowanie Jego było zawsze nader logiczne, argumentacja przekonywująca. Umiał łączyć z sobą objawy napozór odległe, nie dające się na pierwszy rzut oka w żaden sposób powiązać. Gdy sprawa przedstawiała nadzwyczajne trudności, których nie dało się wytłumaczyć, nie starał się trudności tych wyjaśniać w sposób sztuczny, ale podkreślał wyraźnie, że w obecnym stanie nauki okoliczności danych wyjaśnić nie można. Jak w badaniu chorych i rozpoznawaniu cierpień, tak i tu w orzecznictwie obcym był Mu kręty i opierający się na zafałszowaniach sposób rozumowania. W orzeczeniach tych zostały wypracowane pewne drogi rozumowania lekarskiego. Orzeczenia te były drukowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych“ jako orzeczenia wzorcowe.

W stosunku do uczniów swych był surowym i wymagającym. Był zawsze takim wobec siebie całe życie sam był w służbie ludzi chorych, tego też wymagał od swych asystentów. Życie prywatne, własne jak lekarza, nie liczyło się tu prawie zupełnie. Na pierwszym planie był zawsze i wyłącznie chory. Opieka nad chorym czuła, jeszcze czulsza, troskliwsza, pieczołowitość jak największa — wymagania Profesora w tym kierunku omal nie znały granic. Lekarz był jakoby małym kółeczkiem, wkręconym w wielki mechanizm kliniczny, którego jedynym celem była opieka nad chorym i praca naukowa. W bezpośrednim odnoszeniu się do asystentów nie znał ironii ani sarkazmu, tych najgorszych i najbardziej zniechęcających postaci nagany, ale przez mądrze stopniowane pochwały umiał uczniów swych zachęcać do największych wysiłków. Chwalił rzadko, ale też te skąpe słowa uznania czy pochwały stanowiły dla asystentów źródło największej przyjemności i zadowolenia. Z Jego szkoły wyszli chirurdzy polscy poważni, wytrawni, zajmujący czołowe stanowiska bądź jako kierownicy katedr, bądź to jako kierownicy dużych oddziałów chirurgicznych.

U uczniów swych wykształcał szerokie spojrzenie na chorego. Medycyna przeżywa okres nadmiernego rozdzielania swego stanu posiadania na poszczególne drobne gałęzie. Jeśli z jednej strony podział nauki lekarskiej na działy specjalistyczne sprzyja pogłębieniu wiadomości z poszczególnych dziedzin — wszak niepodobieństwem jest opanowanie przez jednego człowieka wszystkich gałęzi — to jednak z drugiej strony to nadmierne parcelowanie medycyny kryje w sobie niebezpieczeństwo zatracania ogólnego spojrzenia na chorego.

Lekarz w Klinice Rutkowskiego nie mógł zasklepiać się tylko w ramach swej specjalności, ale spojrzeniem swym sięgać musiał daleko poza te ramy.

U uczniów swych wykształcał dalej najgłębsze poczucie odpowiedzialności. Uważał On, iż poczucie odpowiedzialności jest jedną z najważniejszych cech dobrego lekarza. Na zewnątrz, poza Kliniką, o ile to było tylko możliwe, brał na siebie odpowiedzialność i od tej odpowiedzialności za wszystko, co w Klinice się działo, nigdy się nie uchylał. Stwarzało to dla uczniów Jego to nadzwyczajne poczucie, iż nawet w najczarniejszych chwilach, w chwilach swych największych niepowodzeń w pracy, mieli oni na zewnątrz oparcie w granitowej postaci Profesora.

Śmiało rzec można, że w „szkole Rutkowskiego“ z jednej strony lekarz rozwijał się pod względem chirurgicznym, z drugiej strony nie mniejszy nacisk położony był na kształcenie charakterów.

Dużą wagę przykładał do opieki pielęgniarskiej nad chorymi. Najlepiej wykonana operacja, największy trud włożony przez lekarza, obrócą się w niwecz, jeśli chory nie będzie miał zapewnionej właściwej opieki pielęgniarskiej. Doceniając w pełni znaczenie opieki pielęgniarskiej, przeprowadzał ścisłą selekcję sił nowo przyjmowanych i starał się o podwyższanie kwalifikacyj sił już przyjętych.

Kiedy w r. 1911 powstała w Krakowie pierwsza w Polsce „Szkoła Zawodowych Pielęgniarek P. P. Ekonomek św. Wincentego a Paulo“, był prof. Rutkowski i prof. Pareński kolejno przewodniczącymi Rady Nadzorczej tej szkoły. Rutkowski nie szczędził trudu, by zapewnić szkole tej rozwój. Szkoła ta została zamknięta w r. 1921 W tymże roku po objęciu kierownictwa Kliniki Chirurgicznej U. J. Rutkowski pierwszy zaangażował absolwentki Szkoły pielęgniarek do Kliniki, wykazując różnicę, jaka zachodzi między pracą dyplomowanych a niedyplomowanych pielęgniarek. Przyczyniło się to do reaktywowania szkoły, gdyż przedstawicielka Fundacji Rockefellera, widząc pracę pielęgniarek w Klinice Chirurgicznej, zaproponowała Fundacji przyznanie funduszów potrzebnych dla otwarcia szkoły. W ten sposób otwarta została w r. 1925 Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek w Krakowie. Rutkowski wchodził w skład Wydziału Wykonawczego tej szkoły.

Całkiem szczególnym rozdziałem Jego działalności w Klinice były wykłady dla studentów me-

dycyny. Wypracowane w znojnym trudzie przygotowawczym, urobione w długich godzinach samotnych przemyśliwań, śledzące zawsze najnowsze zdobycze i osiągnięcia naukowe, przedstawiały one wartość ogromną. Obok olbrzymiej erudycji uderzała w wykładach Jego żelazna logika. Nie znalazłeś tam nigdzie czczej frazeologii, nie było nigdy twierdzeń gołosłownych, ale wszystko było uzasadniane ściśle i logicznie.

Sam wychowanek gimnazjum klasycznego, znakomity znawca łaciny i greki, dawał w wykładach swych pełny wyraz znajomości ducha języków klasycznych. Nie uczymy się tych martwych wszakże już dzisiaj języków dla starej scholastyki lub też dla tych wyrazów będących w użyciu, które mają pochodzenie greckie czy łacińskie. Ale uczymy się języków tych dla ducha, jaki w nich panuje. Wraz z opanowywaniem tych języków starożytnych wykształca się nasz sposób myślenia, ostrość rozumowania itd.

Każdy wykład opierał się na jakimś przypadku chorobowym. Szczególnie wartościową dla uczących się była pierwsza część wykładu, w której Rutkowski opisywał dany przypadek chorobowy. W części tej podkreślone były wszystkie objawy, dające się stwierdzić badaniem przez oglądanie, przy pomocy dotyku i innymi sposobami badania. Następowała dalsza część, w której wszystkie te objawy były raz jeszcze zebrane i wyzyskane w rozumowaniu prowadzącym do rozpoznania. Młody student uczył się spostrzegawczości i rozumowania logicznego. Przyswajał sobie metody badania najlepiej ujęte. Gdyby Rutkowski był napisał „Diagnostykę chirurgiczną“, byłby to niewątpliwie jeden z najlepszych podręczników tego rodzaju. Niestety książki takiej nie napisał.

W praktyce prywatnej jego całe postępowanie było prawdziwą szkołą deontologii lekarskiej.

W kwestii honorariów lekarskich kryształowy charakter Rutkowskiego jaśniał szczególnie pięknym blaskiem. Jako czołowy chirurg miał ceny za porady i operacje wysokie. Niemniej jednak „larga manu“ udzielał porad i operował bezpłatnie, nie mówiąc o tym, że przez codzienne „odbieranie ambulatorium“ w Klinice każdy mógł uzyskać bezpłatną poradę Jego.

Już sama postać zewnętrzna Rutkowskiego robiła wrażenie. Bardzo wysokiego wzrostu barczysty, o pięknej głowie, oczach głęboko i uważnie spoglądających. Zawsze dbający o estetyczny, porządny wygląd. Szczególny urok bił z Jego wielkiej, majestatycznej postaci. Rzadko który człowiek obdarzony był przez naturę powierzchownością tak dostosowaną do swego zawodu, jak właśnie Rutkowski. Kto raz zetknął się z Nim, ten zawsze już pamiętał tę piękną, dostojną i charakterystyczną postać.

Rokrocznie obchodzono w Klinice uroczyście imieniny Jego, przypadające na dzień 12-go października. W dniu tego święta klinicznego siostry na oddziele dziecięcym przygotowywały występy najmłodszych chorych. Najmłodsi pacjenci deklamowali wierszyki, śpiewali, tańczyli. Stwarzało to dla dzieciaków miłe urozmaicenie, dla Rutkowskiego było jednym z wielu wyrazów miłości i uwielbienia, jakim cieszył się wśród szerokich rzesz chorych. Wspólna fotografia, którą nazywał „kroniką starzenia się“, kończyła miłą uroczystość.

Hojną ręką łożył datki na cele społeczne. Najróżniejsze stowarzyszenia charytatywne i instytucje społeczne miały w Nim prawdziwego opiekuna, doradcę i dobrodzieja. Bratniej Pomocy Medyków U. J. obok innych ofiar przeznaczał wszystkie honoraria za egzaminy. Kuchnia akademicka S. Samueli cieszyła się szczególną Jego sympatią.

W roku 1937 jako 70-letni przechodzi w stan spoczynku. Od 65-go roku życia, przewidzianego ustawą polską jako granica wieku czynnej działalności profesorskiej, rokrocznie przez 5 lat z rzędu na wniosek Rady Wydziału Lekarskiego Ministerstwo Oświaty przedłużało Mu działalność profesorską. Wiek 70 lat stał się jednak tym ostatecznym kresem, którego już w żadnym razie nie można było przekroczyć. W roku 1937 ustępuje z katedry chirurgii. Jak rolnik, który pilnie uprawiając rolę obfite zbiera pracy swej żniwo, tak On, który przez całe swe życie niestrudzenie pracował, z prawdziwym zadowoleniem oglądać mógł plony swej wielkiej pracy. Katedrą chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim kierował przez lat 18 ku największemu pożytkowi medycyny polskiej. Ustąpił cicho, nie życząc sobie żadnych przemówień ani uroczystości.

Ustąpienie z czynnego życia uniwersyteckiego nie oznaczało bynajmniej wycofania się z życia lekarskiego. Wycofał się jedynie z czynności operacyjnej. Zawsze jest ogromnie poszukiwany przez chorych jako ten, który w najtrudniejszych przypadkach udzieli najwłaściwszej porady.

Nadchodzi wrzesień 1939. Pod ciosami odwiecznego wroga Państwo Polskie rozpada się. W związku z ogólną ewakuacją Krakowa Klinika Chirurgiczna pustoszeje. Wtedy On — podówczas już 72-letni — zgłasza się i obejmuje znowu kierownictwo Kliniki i Oddziału Chirurgicznego Szpitala św. Łazarza. Wraz z żoną i małą garstką pozostałych lekarzy pracuje niezmordowanie dniem i nocą, oddając nieocenione usługi wielkiej ilości zranionych.

Ten krótki 2-miesięczny okres (do czasu powrotu do Krakowa prof. Glatzla) stanowi jedną z najpiękniejszych kart Jego niestrudzonego życia.

W ciągu długich lat wojny pracuje w Czerwonym Krzyżu, w Ubezpieczalni Społecznej. Jest stale na usługi chorych, przez cały czas mimo sędziwego wieku ogromnie czynny.

Piękną miał starość. Zachowując do ostatka świeżość i rzeźkość duchową, uchroniony od jakichkolwiek dolegliwości związanych z wiekiem rozwijał do ostatka niewyczerpaną żywotność. Do ostatniego dnia swego niestrudzonego żywota pracował w Ubezpieczalni Społecznej, czynny był jako przezes Związku Lekarzy P. P. Umarł śmiercią sercową, niepoprzedzoną żadną dłuższą chorobą, śmiercią najspokojniejszą, o której mówią, że

staje się udziałem wybrańców bożych, przeżywszy lat 80.

Nie życzył sobie żadnych przemówień na pogrzebie, co również jest charakterystyczne dla wielkich umysłów, które występują na jaw tylko swymi czynami.

W czasach obecnych, w których ludzkość w ciężkiej walce o byt nie zastanawia się nad subtelnymi szczegółami życia, kiedy i życie lekarzy z piedestału powołania zniża się niekiedy do poziomu zwykłej pracy zarobkowej, poszukujemy nieraz postaci granitowych, w których moglibyśmy znaleźć oparcie i drogowskaz. W tych ciężkich, dusznych chwilach wzrok nasz kieruje się często w stronę osoby Rutkowskiego. Jego szlachetna postać, wysoki styl Jego życia stają się dla nas wzorem i niewyczerpanym źródłem otuchy i pokrzepienia. Zapatrzeni w Jego piękną postać znajdujemy moc, by podźwignąć się z przejściowego obniżenia naszych wartości.

Wychowankom Jego szkoły niechaj słowa niniejsze przywiodą na pamięć i wskrzeszą w ich wspomnieniach przeżyte w szkole Jego chwile, niechaj głoszą oni zawsze prawdy, których tam się nauczyli. Gdy nie starczy już uczniów Jego, niechaj słowa tu zawarte przyczynią się do tego, by wśród młodszych jeszcze żyła pamięć i tradycja wielkiego Profesora, który wysoko dzierżył sztandar ideałów lekarskich.

A w stosunku do Niego — słowa niniejsze nie są niczym innym, jak tylko skromną próbą złożenia hołdu cieniom wielkiego polskiego lekarza.

STANISŁAW NOWICKI Kraków
ordynator Oddziału

Przebieg i leczenie ostrego zakaźnego zapalenia kości pod wpływem penicyliny

(Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.)

1) Na przebieg zapalenia kości w okresie ostrym wpływa usadowienie pierwotnych ognisk ropnych w kości. Mogą one powstać i rozwijać się odrębnie w przestrzeni podokostnej, zwłaszcza okolicy przynasadowej, w powierzchownych warstwach istoty zbitej i w jamie szpikowej w pobliżu nasady. Wtedy spotyka się wyodrębnione sprawy pod okostną, w istocie zbitej lub w jamie szpikowej. Jeżeli wszystkie wspomniane ogniska zakaźne pojawią się równocześnie, to sprawa ropna w kości postępuje szybko i obejmuje rozległe przestrzenie kości. Zapalenie kości wywołują różne bakterie i ich rodzaj wpływa na kliniczną postać choroby. Wedle moich dawniejszych badań w 91% spotyka się gronkowce złociste, które przyczyniają się do charakterystycznych pod względem usadowienia i przebiegu chorobowego obrazów. Najczęściej zajęte są kości długie i to w częściach przynasadowych. Objawy zakażenia ogólnego pojawiają się zazwyczaj już w pierwszych dniach choroby. Gronkowce wykrywane we krwi w toku choroby pochodzą najprawdopodobniej z ognisk rozwijających się w kości. Ale nawet wobec burzliwych objawów ogólnych nie zawsze można je wyhodować z krwi obwodowej. Podawałem, że na 50 badanych ostrych przypadków w 8 była krew jałowa. Niezależnie od stwierdzenia bakteryj we krwi są często objawy wskazujące na trujące działanie sprawy ropnej, a ujawniające się klinicznie jako posocznica.

W obecnie omawianej serii 40 przypadków ostrych leczonych penicyliną u 35 chorych sprawa toczyła się w kościach długich, zazwyczaj w części przynasadowej. U 38 chorych było przerzutowe zapalenie kości, a u 2 sprawa ostra wznowiła się w kości, gdzie już dawniej toczyła się choroba. We wszystkich przypadkach zakażenie było wywołane przez gronkowca złocistego.

2) Poglądy na leczenie ostrego zapalenia kości są uzależnione od zapatrywań na patogenezę choroby. Nie budziły jednak zastrzeżeń i usiłowania, aby powstrzymać i zwalczyć sprawę zakaźną. Wysuwano tylko wątpliwości co do skutku tych poczynań. Do nich należało w swoim czasie leczenie szczepionkami własnymi, a później sulfonamidami. Obecnie zadanie to spełnia nieporównanie lepiej penicylina.

Niemal wszystkie drobnoustroje, wywołujące zakaźne zapalenie kości z wyjątkiem duru, są gramododatnie. Są co prawda szczepy gronkowców opierających się penicylinie i badacze anglosascy tłumaczą tą okolicznością niektóre niepowodzenia w leczeniu zapaleń kości penicyliną. Bliżej sprawa ta nie jest dotąd zbadana. Już w r. 1941 badacze oxfordzcy zwrócili uwagę na zakaźne zapalenie kości, jako na chorobę, która winna się szczególnie poddawać leczeniu penicyliną. Późniejsze dość liczne spostrzeżenia, w których przytaczano doświadczenia obejmujące 30—40 przypadków, potwierdziły przewidywania Florey'ów. Zwykle podawano dobową dawkę 100.000 jednostek oxfordzkich. Zalecano, aby leczenia penicyliną nie przerywać do 2 tygodni. Mc. Adam kończy to leczenie, gdy kolejne trzykrotne badanie bakteriologiczne ropy z okolicy przynasadowej okaże się jałowe. Wskazanie to jest odbiciem niesłusznych poglądów, uznających, że sprawy toczące się w jamie szpikowej są rozstrzygające w przebiegu zapalenia kości.

Leczenie penicyliną w naszych przypadkach nie mogło być jednako przeprowadzone, bo zależało od zapasu posiadanego leku. Nigdy nie byliśmy tak zasobni, aby przeprowadzić nieprzerwane dwutygodniowe leczenie. Na ogół stosowano przez pierwsze 4—7 dni po 100.000 jednostek, a wyjątkowo, jeżeli później pojawiła się gorączka, wstrzykiwano ponownie podobną ilość penicyliny. W niektórych bardzo ciężkich przypadkach wstrzykiwano po 200.000 jednostek przez parę dni, aby opanować ogólne zakażenie. Zarówno na podstawie piśmiennictwa, jak i własnego doświadczenia nie można ściśle ustalić, jaka ilość penicyliny jest koniecznie potrzebna, aby uzyskać pomyślny wynik. Należy się raczej kierować ciężkością przypadku, niż jakimkolwiek schematem, ale dobowa dawka nie może być poniżej 100.000 jednostek.

Działanie penicyliny w kości jest zapewne podobne, jak w innych tkankach. Niema szczegółowych badań o jej przenikaniu w rozmaite części kości. Rozważając patogenezę ostrego zapalenia kości, trzeba dojść do przekonania, że istota zbita, w której naczynia zostały wypełnione zakrzepami będzie niedostatecznie poddana działaniu penicyliny. Zniszczenie lub podminowanie okostnej ropą na znacznym odcinku może również ograniczać wpływ penicyliny, bo przerwane naczynia utrudnią jej swobodny dostęp do istoty kostnej. Najmniej oporne dla wpływu penicyliny będą prawdopodobnie sprawy ropne toczące się głównie w jamie szpikowej. Należy wnosić, że im wcześniej stosuje się penicylinę, tym większe są możliwości nie tylko zahamowania rozwoju bakteryj, ale i powstrzymania dalszych zmian anatomicznych w kości. Wydaje się, że zależnie od usadowienia pierwotnych ognisk zakaźnych w kości, wyniki leczenia penicyliną mogą być różne. Przypuszczalnie najpodatniejsze na to leczenie będą postaci, gdzie są wyodrębnione ogniska pod okostną lub w jamie szpikowej.

3) Zagadnienie, czy we wczesnym okresie należy operować wywoływało wiele rozbieżności między chirurgami. Biernie zachowywali się zwolennicy poglądów, iż zakażenie ogólne jest podtrzymywane przez wysiewy z pierwotnego źródła zakażenia, zwykle zresztą nieodkrytego. Podobnie postępowali chirurdzy przekonani, że rozmiary martwicy kości są przesądzone od samego początku choroby wskutek zatorów w naczyniach odżywczych trzonu, co jednak nie jest słuszne. Zwolennicy zaś zabiegów operacyjnych wykonywali je w rozmaitych rozmiarach, począwszy od nawiercenia kości aż do zupełnego wycięcia trzonu. Problemy te zyskały nową podstawę do rozważań po zastosowaniu penicyliny.

Uznając dalekosiężne działanie penicyliny wielu chirurgów unika zabiegów operacyjnych w okresie ostrym lub ogranicza się do nacięcia ropni w częściach miękkich (Florey, Altemeier i Helmworth, Mc Adam). Inni uważają, że samo leczenie penicyliną jest niewystarczające i wykonują operacje na kości (Robertson, Agerholm i Trueta).

Rozważając warunki działania penicyliny należy pamiętać, że można napotkać na terenowe przeszkody w chorej kości. Nierzadko też zgłaszają się chorzy w pełni rozwoju choroby, a nawet śmiertelnie nią zagrożeni. Dlatego jest uzasadnione, aby w ostrych przypadkach nie pomijać działania operacyjnego, co może wpłynąć na opanowanie sprawy zakaźnej. I tak niewątpliwie trzeba otwierać zbiorniki ropy w częściach miękkich, które nie będą wyjałowione przez penicylinę. Mogą zaś szerzyć się dalej i podtrzymywać zakażenie ogólne. Należyte nacięcie ropnia podokostnego może wpłynąć pomyślnie na dalszy przebieg choroby, gdyż zapobiega szerzeniu się sprawy ropnej w powierzchownych kanałach Haversa i nie pozwala na postępujące odtłuszczanie okostnej a tym samym na dalsze niszczenie naczyń krwionośnych biegnących do istoty kostnej. Nieobojętne także jest wypuszczenie ropy z jamy szpikowej, jeżeli znajduje się tam pod dużym ciśnieniem. Może bowiem uciskać na naczynia krwionośne, pogarszać krążenie i przyczyniać się do powstawania dalszych zakrzepów a nawet wysiewów do krwi. Zabieg operacyjny ma w tym ujęciu tylko ograniczony wpływ na przebieg choroby. I obecne wskazania nie odbiegają właściwie od zaleceń operacyjnych, jakie przedstawił M. Rutkowski w r. 1926 na zjeździe chirurgów polskich. Ale w erze penicylinowej sam zabieg nie jest jedynym sposobem działania, bo główniejsze zadanie lecznicze ma spełniać penicylina.

Operacyjny dostęp do ognisk ropnych w kości jest prosty, gdyż ich usadowienie jest zazwyczaj typowe lub łatwe do odkrycia. W sprawach toczących się w kościach długich mogą być wątpliwości, wobec daleko posuniętej sprawy zapalnej w częściach miękkich, przy której nasadzie rozwija się zapalenie kości. Wtedy należy odsłonić obie okolice przynasadowe z osobnych cięć. Jeżeli ognisko główne usadowiło się w trzonie, ograniczone objawy zapalne wskazują na jego obecność. Podobne objawy zdradzają siedzibę sprawy w kościach mniejszych. Radiogramy w pierwszych dwóch tygodniach nie dają wyjaśnień, gdzie rozwija się ropienie w kości. Do ognisk ropnych zmierza się drogą najkrótszą i najbezpieczniejszą, więc do kości udowej, ramiennej, strzałkowej — od strony bocznej. Do kości piszczelowej dociera się od strony przyśrodkowej, unikając cięć skórnych na przedniej jej powierzchni.

Rozmiary cięć skórnych zależą od długości i objętości kończyny, ale na ogół nie powinny być zbyt rozległe. Jeżeli napotyka się nacieczenie okostnej lub ropień podokostny nacina się je na całej przestrzeni. Następnie, zazwyczaj w przynasadowej części trzonu wierci się parę otworów aż do jamy szpikowej. Jeżeli zmiany w okostnej wskazują na usadowienie sprawy w dalszym odcinku trzonu, to zabieg ten wykonuje się w tym miejscu. Nawiercenie kości jest zabiegiem łagodniejszym, niż wydłutowanie rynienki a osiąga ten sam cel. Niema uzasadnienia rozdłutowanie całej jamy szpikowej. które było stosowane na podstawie nieuzasadnionych poglądów, że istotną siedzibą sprawy zakaźnej jest jama szpikowa. Tylko kiedy sprawa ostra wznowiła się w dawnym chorym odcinku trzonu, należy odrazu szeroko otworzyć jamę szpikową i usunąć martwaki razem z ogniskiem ropnym. Wobec spraw usadowionych w nasadach zachowujemy się wyczekująco, by nie niszczyć nasady. Jedynie wobec bardzo ciężkiego i uporczywego przebiegu zapalenia stawu biodrowego usuwa się główkę kości udowej. W kościach krótkich i płaskich dość szybko dochodzi do uszkodzenia istoty kostnej i wystarczające jest otwarcie ropni w częściach miękkich.

Na kończynach zabieg kończy się właściwym rozcięciem powłok, nieraz przez dodatkowe nacięcia, aby stworzyć należyty odpływ ropy. W nacięciach zostawia się płaty gumy (ze zużytych ręka-

wiczek), a tylko w razie uporczywego krwawienia także pasy gazy. Gazę usuwa się po kilku dniach, guma zaś pozostaje nieporuszona aż do wyziarninowania rany. Kończyna jest unieruchomiona i opatrunki rzadko zmieniane, a jeszcze korzystniej, gdy założy się na nią okrężny opatrunek gipsowy, który otwiera się po 3—4 tygodniach. Wyjątkowo zdarzają się zabiegi wtórne, jeśli powstają zacieki ropne. Tymi zasadami kierowano się w leczeniu obecnie omawianych przypadków.

W naszych 19 przypadkach przerzutowego zapalenia kości nie było ciężkich objawów ogólnego zakażenia. Zwracało uwagę, że po leczeniu penicyliną u 15 chorych gorączka nie trwała dłużej niż tydzień, a u pozostałych około 2 tygodni. Bóle szybko i wyraźnie łagodniały. Wypływ ropy z nacięć był mierny, ustępował prędko a ziarnina rozrastała się bujnie. W przypadkach tych pobyt chorych trwał trzy do czterech tygodni, jakkolwiek z ranami zagojonymi całkowicie wyszło 5 chorych a inni z wyziarninowanymi.

W radiogramach kości długich widać często w 2—3 tygodniu choroby równomierne, ziarniste rozrzedzenie w kości, zwłaszcza części przynasadowej. Zjawiska te są uderzające, bo prawie niespotykane u chorych nieleczonych penicyliną. Zwracali już na nie uwagę F l o r e y'o w i e, lecząc pierwsze przypadki. Klinicyści angielscy tłumaczą to, jako następstwo rozrzuconej, rozległej martwicy beleczek kostnych. Z biegiem tygodni rozrzedzenie kości nieraz zmienia swój wygląd, bo ze ziarnistego staje się plamiste. Sądzę, że to rozrzedzenie kości zależy od wzmożonej, a dość równomiernej resorbcji tkanki kostnej przy zwolnionej przemianie wapniowej, i nie ma nic wspólnego z martwicą beleczek kostnych. Widziałem je w przypadkach gdzie po bardzo ostrych zmianach miejscowych i ogólnych kość wróciła do pierwotnego wyglądu przed chorobą.

Szczególne wyniki otrzymano w 3 innych przypadkach przerzutowego zapalenia kości długich. Początkowe objawy trwały u tych chorych kilka dni. U chorego T. Z. lat 24, były bardzo gwałtowne, u H. Z. lat 9, ciężkie a u M. K. lat 15 o średnim natężeniu. O ciężkim przebiegu choroby świadczy, że później i to mimo leczenia penicyliną wystąpiły u wszystkich chorych przerzuty zakaźne. Podczas operacji stwierdzono u nich dość podobne zmiany, bo ropnie w częściach miękkich pod okostną oraz w jamie szpikowej. Przerzutowe sprawy nie były operowane. Rany operacyjne goiły się koło 5 tygodni, choć u jednego pozostała drobna ziarnina w bliźnie. W kościach stwierdzono radiologicznie po 2—3 tygodniach plamiste odwapnienie. W jednym przypadku utrzymywało się ono w 10 miesięcy po leczeniu. W innych po roku nie stwierdzono żadnych śladów po przebytej sprawie. Przypadki te dowodzą, że daleko posunięte zmiany w ostrym zapaleniu kości mogą ustąpić wskutek połączonego leczenia operacyjnego i penicyliną. Nie rozważając szczegółowiej fizjologii patologicznej tych wyleczeń należy stwierdzić, iż wyniki takie były dawniej nieznane.

4) Poważne niebezpieczeństwo dla życia stwarza ogólne zakażenie, bo przed zastosowaniem penicyliny ginęło 10—20% chorych w ostrym okresie choroby. Między naszymi chorymi było 19 z objawami ogólnego zakażenia, a z tych 8 bardzo ciężkich, z utratą przytomności lub z zamroczeniem. Między nimi znajdowało się 6 z przerzutowymi ogniskami ropnymi. Wśród takich chorych przed leczeniem penicyliną śmiertelność dochodziła 80%.

Chorzy z objawami ogólnego zakażenia byli przyjęci w parę dni a nawet do dwu tygodni od początku choroby. Troje z nich przybyło w kilka tygodni po zachorowaniu. Wszystkich operowano według przedstawionych zasad. Leczenie miejscowe było jednak jakby drugorzędnym zadaniem wobec donioślejszych i bardziej niebezpiecznych objawów ogólnych, choć pozostających w ścisłym związku ze zmianami w kości. W przypadkach wcześniej dostarczonych działanie penicyliny było wybitne. Zamroczeni odzyskiwali przytomność w ciągu 2—3 dni i uspokajali się. Gorączka opadała zazwyczaj w ciągu tygodnia, a wyjątkowo trwała przez 2 tygodnie. Zmniejszały się miejscowe objawy zapalne. Nie mogę tylko potwierdzić spostrzeżeń angielskich, że w toku leczenia penicyliną nie tworzą się ogniska przerzutowe, gdyż zauważyliśmy je u 3 chorych. Szybka poprawa w ogólnym stanie zdrowia była uderzająca i dawała wrażenie, że zakończyło się trujące działanie na cały ustrój.

Nie osiągnięto właściwego celu, rozpoczynając leczenie penicyliną w posocznicach trwających od kilku tygodni. Być może, że dawki penicyliny nie były dość wysokie, choć wynosiły ponad milion jednostek. Otrzymano przejściowe polepszenia, ale dalekie od wyników spostrzeganych w przypadkach wcześniejszych. Dwoje dzieci po kilkutygodniowym leczeniu zabrała rodzina w stanie ciężkim, a jedno u nas wyzdrowiało po paru miesiącach.

Wnioski.

1. Penicylina wpływa bardzo korzystnie na ciężkie objawy ogólnego zakażenia we wcześnie leczonych przypadkach zakaźnego zapalenia kości. Pomyślnie działa na przebieg spraw ropnych kości, które trwają krócej i w mniejszym natężeniu. Śmiertelność po leczeniu penicyliną jest znacznie mniejsza niż po samym leczeniu operacyjnym.

2. Wyjątkowo w ostrych postaciach przerywa penicylina dalsze zmiany w kości i skraca czas chorobowy do paru tygodni.

3. W ostrym okresie jest penicylina niezbędnym lekiem. Wskazany jest jednak zabieg operacyjny, aby otworzyć ogniska ropne w kości oraz częściach miękkich.

PIŚMIENNICTWO

A g e r h o l m M. i T r u e t a J.: Penicylina w leczeniu zapaleń szpiku kostnego. Brit. med. Journ. 1944, Streszcz. w P. Tygod. Lek. 1946, Nr 13. — H e r e l l e W. E.: Penicillin 1945. — K u r y ł o w i c z Wł.: Penicylina. Wrocław 1946. — L e r i c h e R.: Physiologie et pathologie du tissu osseux. Paris 1939. — N o w i c k i St. i R u t k o w-

s k i M.: Zakaźne przerzutowe zapalenie kości. P. Przegl. chirurg. V, 1926. — N o w i c k i St.: Leczenie szczepionkami zapaleń szpiku kostnego. P. Przegl. chirurg. II, 1923. — N o w i c k i St.: O patogenezie zakaźnego zapalen a kości na podstawie badań doświadczalnych. Chirurg. kliniczna I, 1926 i po francusku: Chirurg. clinica polonica I, 1928 — N o w i c k i St.: Etiologia i patogeneza zakaźnego przerzutowego zapalenia kości. P. Gazeta Lek. Nr 23, 1927. — N o w i c k i St.: Die Entstehung der hämatogenen Ostitis infectiosa in langen Röhrenknochen. Wiener med. Wochenschrift Nr 44, 1931. — O s t r o w s k i T.: W sprawie powikłań ze strony stawów w ostrych zapaleniach kości. P. Przegl. chirurg. V, 1926. — Penicillin in acute osteomyelitis. Brit. med. Journal I, 1946. Artykuł redak. — R e c h n i o w s k i: O postępowaniu w ostrych ropnych zapaleniach kości. P. Przegl. chirurg. V, 1926 — R o b e r t s o n J. M.: Penicylina w leczeniu zapaleń szpiku kostnego. Brit. med. Journ. 1944. Streszczen e P. Tygod. Lek. Nr 13, 1946. — R o d z i ń s k i R.: Kilka uwag w sprawie leczenia ostrego zapalenia kości i szpiku kostnego u dzieci P. Przegl. chirurg. V, 1926. — W ę g l e w i c z K.: Leczenie ostrych krwiopochodnych zapaleń szpiku penicyliną. P. Tyg. Lek. Nr 19, 1946. — W i l e n s k y A. O.: Osteomyelitis, New York 1934.

S U M M A R Y

Effect of Penicillin on the Course and Treatment of acute Infective Osteitis (osteomyelitis).

by St. Nowicki, M. D.

A series of 40 cases of acute infective osteitis were treated, among whom there were 19 patients with general severe symptoms. Having been admitted to the hospital they were operated upon by incision of the abscesses and by boring holes in the bone, usually near the epiphysis. Thin rubber pieces were left in the incisions and the limb was immobilised; sometimes plaster spica was applied for 3—4 weeks. At the same time penicillin was administered intramusculary, and, as it was not easily available, only 100.000 units of penicillin were given daily for 4—7 days, exceptionally 200.000 units per day. All the patients were recovered. In spite of penicillin treatment 6 cases showed pyogenic metastases in other bones or tissues. In 3 cases occured the rarefaction of the bones of longer and shorter duration, which however did not result in sequestra. In other patients there was usually observed the decrease of temperature within a few days and a marked influence of penicillin upon the shortening of healing time of post-operations wounds, which did not stop necrosis of the bones.

On the other hand in cases where the symptomes of sepsis had lasted a few weeks before the treatment, penicillin did not improve the condition of the patient.

Dr HENRYK KANIA
adiunkt Oddziału

Kraków

O podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej

Z Oddziału Chirurgicznego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator: Doc. Dr Stanisław Nowicki.

Po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej występują często ciężkie powikłania ze strony mózgu. Dawniejsze zestawienia wskazują nawet na wypadki śmierci w 30—40%. W połowie przypadków przyczyną zgonu było rozmiękczenie mózgu w następstwie niedokrwienia. Zaburzenia w krążeniu mózgu po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej wynikają ze szczególnych warunków anatomicznych układu tętnic odżywiających mózg. Każda półkula mózgowa jest unaczyniona odrębnie przez tętnicę szyjną wewnętrzną i tętnicę kręgową. Istnieje jednak krążenie oboczne, które łączy obszary naczyniowe obu półkul mózgowych. Mianowicie tętnice szyjne wewnętrzne i kręgowe obu półkól tworzą na podstawie mózgu zespolenie w postaci koła tętniczego W i l l i s a, od którego z kolei odchodzą niektóre tętnice mózgowe. Poszczególne gałęzie tętnicze, tworzące koło tętnicze bywają jednak rozmaicie rozwinięte. W przypadkach, gdzie są one dość szerokie, po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej po jednej stronie, odpowiednia półkula mózgowa może być dostatecznie unaczyniona za pośrednictwem koła tętniczego. Natomiast tam, gdzie gałęzie te są wąskie lub zgoła zanikłe, co nie należy do rzadkości, opisany mechanizm nie działa dość sprawnie i unaczynienie półkul mózgowych zależy prawie wyłącznie od dopływu krwi przez tętnice położone po stronie odpowiedniej półkuli. Podwiązanie tętnicy szyjnej wewnętrznej może w takich razach wywołać niedokrwienie odpowiedniej półkuli mózgowej. Chociaż tętnica wspólna szyjna nie posiada krążenia obocznego, to jednak po jej podwiązaniu w korzystnych warunkach anatomicznych może być zapewnione unaczynienie odpowiedniej półkuli mózgowej, a to za pośrednictwem zespoleń tętnicy szyjnej zewnętrznej z gałęziami pnia tarczycowo-szyjnego oraz z tętnicą szyjną zewnętrzną strony przeciwnej przez zespolone krążenie obu górnych tętnic tarczycowych.

U ludzi młodych, o znacznej elastyczności naczyń krwionośnych, takie krążenie oboczne działa znacznie sprawniej niż u ludzi starszych ze sztywnymi naczyniami krwionośnymi. Te właściwości naczyń zależnie od wieku stanowią przyczynę większej śmiertelności po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej u ludzi starszych.

Niskie ciśnienie krwi nie sprzyja wytworzeniu się krążenia obocznego. Dlatego śmiertelność po podwiązaniu tętnicy szyjnej wewnętrznej jest wyższa u chorych wykrwawionych oraz wyniszczonych długotrwałym zakażeniem albo sprawą nowotworową.

W a t t s o n i S i l b e r s t o n e podają 55% śmiertelności po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej w przypadkach nowotworów jamy ustnej i twarzy. Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej w przypadkach tętniaków tętnic szyjnych daje wyniki korzystniejsze. L e n o r m a n d w 62 takich przypadkach spostrzegał rozmaite zaburzenia mózgowe w 14 przypadkach, z czego w 5 przypadkach nastąpił zgon. Wedle zestawienia Holenderskiego Towarzystwa Chirurgów, obejmującego 520 podwiązań tętnicy szyjnej wspólnej z powodu tętniaków, zaburzenia mózgowe powstały w 50 przypadkach, z czego zmarło 38 chorych. Do tych korzystniejszych wyników przyczynia się głównie dość obfite krążenie oboczne, które pow-

staje w przebiegu tętniaków. Te spostrzeżenia skłoniły do postępowania zmierzającego do wytworzenia krążenia obocznego przed zamierzonym podwiązaniem tętnicy szyjnej wspólnej. I tak próbowano tego dokonać przez ucisk palcem w ciągu kilku dni. Jordan na kilka dni przed ostatecznym podwiązaniem zwężał światło tętnicy szyjnej luźno założoną podwiązką. Dandy użył do tego celu paska wyciętego z powięzi szerokiej. Ostatecznego podwiązania dokonywał po upływie 1—2 tygodni. Podobnie też postępował Maksymilian Rutkowski.

Sposoby te znacznie zmniejszają niebezpieczeństwo podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej. Można je jednak stosować wyłącznie w przypadkach przewlekłych, gdzie podwiązania tętnicy można dokonać w czasie dowolnie wybranym. Natomiast w nagłych krwawieniach z tętnicy szyjnej postępowanie to nie może być zastosowane.

W ciągu ostatnich 3 lat byliśmy zmuszeni podwiązać tętnicę szyjną wspólną w 2 przypadkach z powodu jej uszkodzenia.

Przypadek I. Cz. W. mężczyzna, lat 25.

15. XI. 1945. postrzelony w szyję z rewolweru. Bezpośrednio po zranieniu wystąpiło obfite krwawienie z rany, które wkrótce ustało. Po przyjęciu stwierdzono, że prawa połowa szyi była wypuklona. Na wysokości krtani znajdowała się rana wstrzałowa mniejsza nieco od jednogroszówki, pokryta skrzepem. Nie było podstaw do rozpoznania uszkodzenia większego naczynia tętniczego a krwawienie odnoszono raczej do uszkodzenia żyły. W dalszym przebiegu w 3. dniu pojawiła się w ranie ropiasta wydzielina. W 13 dniu wypuklenie szyi powiększało się. W okolicy rany wysłuchano szmer w czasie skurczu serca. W palcach prawej ręki wystąpiły mrowienia, które w dniu następnym zaostrzyły się do bólu. Rozpoznając postępujące krwawienie z uszkodzonej tętnicy, przystąpiono do zabiegu operacyjnego. W uśpieniu eterowym cięciem wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia sutkowoobojczykowego odsłonięto masę zbitych skrzepów, zmierzając do odsłonięcia tętnicy szyjnej wspólnej. W czasie tej czynności wystąpiło krwawienie. Wygarnąwszy szybko skrzepy, krwawienie zatamowano przyciskając palcem uszkodzoną tętnicę. Po założeniu jedwabnej pętli około tętnicy szyjnej wspólnej odsłonięto miejsce uszkodzenia. W ścianie tętnicy szyjnej wspólnej tuż poniżej jej podziału ukazał się nieregularny o poszarpanych brzegach ubytek na przestrzeni około 2 cm. Uszkodzony odcinek tętnicy wycięto, podwiązując oba jej kikuty. Podwiązano również żyłę szyjną wewnętrzną. Po zabiegu nie stwierdzono żadnych powikłań mózgowych. W dniu następnym spostrzeżono zwężenie prawej szpary powiekowej i zwężenie źrenicy. Po 6 dniach objawy te zmalały. W 11 dniu pooperacyjnym chory opuścił Oddział z nieznacznym obrzękiem w dolnym biegunie blizny pooperacyjnej.

Przypadek II. — W. P. mężczyzna, lat 20.

23. IV. 1947. zraniony nożem po lewej stronie szyi obficie krwawił. Przy przyjęciu stwierdzono po lewej stronie szyi na wysokości górnego brzegu krtani ranę ciętą długości 2½ cm. Po rozchyleniu brzegów wystąpiło obfite krwawienie tętnicze. Zatamowano je przez okłucie, nie odsłaniając obrażonego naczynia na większej przestrzeni, po czym ranę zeszyto. Rana zagoiła się w ciągu 2 tygodni bez powikłań i kiedy po tym czasie chory opuszczał Oddział nie było żadnych objawów, świadczących o uszkodzeniu dużej tętnicy. Po 4 dniach przybył chory na Oddział ponownie, podając, iż przed godziną w czasie kaszlu odczuł nagle gwałtowny ból w miejscu zagojonej rany. Wkrótce potem wystąpił mocny szum w głowie, któremu towarzyszyły zaburzenia wzroku, co trwało około godziny. Przy przyjęciu stan chorego był dobry. Tętno 60/min., dobrze napięte. Poniżej kąta żuchwy po stronie lewej widoczne wypuklenie na przestrzeni 10-złotówki, tętniące w sposób widoczny. Na szczycie wypuklenia widoczna pooperacyjna blizna, długości 2 cm. Zabieg operacyjny: uśpienie eterem. Wyosobniwszy tętnicę szyjną wspólną cięciem wzdłuż przyśrodkowego brzegu mięśnia sutkowoobojczykowego objęto ją nitką dla przejściowego tamowania krwawienia. Po przedłużenu cięcia ku górze wygarnięto świeże skrzepy krwi, odsłaniając tętnicę szyjną wspólną. W przedniej ścianie tej tętnicy tuż poniżej podziału stwierdzono ranę długości 1½ cm, przechodzącą na tętnicę szyjną wewnętrzną na przestrzeni prawie 1 cm. Podwiązano tętnicę szyjną wspólną oraz obie jej gałęzie — szyjną wewnętrzną i szyjną zewnętrzną. Po przebudzeniu się chorego spostrzeżono zwężenie szpary powiekowej i źrenicy oka lewego. Po 4 dniach objawy te znacznie zmalały. Zaburzeń mózgu nie było. W 13. dniu pooperacyjnym chory opuścił Oddział z raną zagojoną.

W pierwszym przypadku był więc krwiak tętniący. Rozległe wypuklenie na szyi oraz słyszalne nad nim szmery w czasie skurczu serca wskazywały, iż zostało uszkodzone duże naczynie tętnicze. Wynikało stąd wskazanie do operacyjnego zaopatrzenia uszkodzonego naczynia.

Ponieważ nie było doraźnego wskazania do tego zabiegu, gdyż w następnych dniach krwawienie się nie pojawiało, przeto postanowiono zabieg wykonać później, w korzystniejszych warunkach, kiedy już rozwinie się krążenie uboczne. Operując wtedy można było spodziewać się korzystniejszego wyniku ewentualnego podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej, czego w tym przypadku nie było można wykluczyć. Również korzystniejsze warunki operacyjne w tętniaku o wytworzonej już ścianie, aniżeli w świeżym krwiaku, gdzie wyosobnienie naczyń krwionośnych jest znacznie trudniejsze skłoniły nas do odłożenia zabiegu na okres co najmniej 4 tygodni. W tym czasie zarówno krążenie oboczne, jak i ściana tętniaka mogą się już wytworzyć.

Kiedy jednak w 13. dniu krwiak nagle powiększył się, a początkowe zaburzenia czucia w kończynie narastały aż do bólu było oczywiste, iż krwawienie postępuje i zabieg należy wykonać bezzwłocznie.

Również w drugim przypadku krwawienie

z uszkodzonej tętnicy wymagało rychłego zabiegu. Krwawienie to wystąpiło nieoczekiwanie. Kiedy bowiem chory przed kilku dniami opuszczał Oddział, w miejscu zranienia nie spostrzegano żadnych objawów, które by wskazywały na uszkodzenie tętnicy. Prawdopodobnie w doraźnym zaopatrzeniu rany okłuto krwawiące naczynie niedość dokładnie. a krwawienie ustało częściowo samoistnie przez wytworzenie skrzepu. Sprzyjało temu niskie ciśnienie krwi u wykrwawionego chorego. Taki mechanizm samoistnego zatamowania krwawienia z uszkodzonej dużej tętnicy nie należy do rzadkości. Kroh spostrzegał kilkanaście takich przypadków potwierdzonych operacyjnie. Późne krwawienie z uszkodzonej tętnicy, co przez długi czas było bez objawów. również jest znane. Hoffman spostrzegał przypadek, gdzie krwawienie z tętnicy udowej wystąpiło dopiero po 3 latach po postrzale. W tym przypadku przyczyną krwawienia było prawdopodobnie pęknięcie blizny. w ścianie tetnicy. W naszym przypadku natomiast niewątpliwie odkleił się skrzep pod wpływem wzmożonego ciśnienia krwi w czasie kaszlu chorego.

W obu przypadkach była uszkodzona tętnica szyjna wspólna. tuż poniżej podziału, przy czym w przypadku II uszkodzona była również i tętnica szyjna wewnętrzna. Anatomiczny obraz uszkodzeń nie zezwalał na przywrócenie jej ciągłości, lecz trzeba było ją podwiązać.

W I przypadku brzegi rany były poszarpane, a po wycięciu uszkodzonego odcinka tętnicy powstał ubytek około 2 cm długości. Taki ubytek nie jest przeszkodą w odtworzeniu ciągłości tętnicy. Można tego dokonać, zespalając dośrodkowy odcinek tętnicy szyjnej wspólnej z przeciętym powyżej podziału i odwróconym odpowiedniej długości odcinkiem tętnicy szyjnej zewnętrznej. przez którą wtedy krew dostaje się do tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Można też przy takim ubytku zeszyć nawet bezpośrednio oba odcinki przeciętej tętnicy. Parczewski zeszył z powodzeniem tę tętnicę przy odstępie wynoszącym 6 cm. Nie mogliśmy w naszym przypadku dokonać zabiegów zespalających, gdyż jest to możliwe jedynie w warunkach ściśle jałowych. Ropiasta wydzielina z ran postrzałowych. pojawiająca się w pierwszych dniach po zranieniu, budziła podejrzenie, iż krwiak może być zakażony.

W drugim przypadku, gdzie uszkodzenie obejmowało również i tętnicę szyjną wewnętrzną, było rzeczą wątpliwą, czy jej zeszycie może zapewnić dostateczną drożność. Wobec tego podwiązano tętnicę dośrodkowo i obwodowo od miejsca uszkodzenia.

W żyle szyjnej wewnętrznej panuje ciśnienie ujemne, co przyczynia się znakomicie do żywego przypływu krwi i w ten sposób wpływa korzystnie na odżywienie mózgu. Kiedy jednak w podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej dopływ krwi do mózgu jest niedostateczny, wtedy ciśnienie ujemne w tej żyle powoduje niedokrwienie mózgu. Aby temu zapobiec, w przypadku I tę żyłę podwiązano.

W obu przypadkach wystąpił objaw Hornera po stronie operowanej w postaci zwężenia szpary powiekowej i zwężenia źrenicy. Świadczyło to o obrażeniu dróg współczulnych. zaopatrujących gałkę oczną. Stopniowe cofanie się tych objawów w dalszym przebiegu wskazywało. iż uszkodzono tylko część dróg współczulnych. Według Gaska po całkowitym przecięciu współczulnego pnia szyjnego objaw Hornera nie ustępuje tak szybko. W przypadku spostrzeganym przez tego autora zespół Hornera utrzymywał się jeszcze po 3 latach. Prawdopodobnie drogi współczulne doznały uszkodzenia w czasie wyodosobniania tętnicy szyjnej wewnętrznej. Część tych włókien dołącza się bowiem do tej tętnicy na wysokości podziału tętnicy szyjnej wspólnej.

Zaburzeń ze strony mózgu nie było. Podwiązanie tętnic nie wpłynęło zatem niekorzystnie na krążenie w mózgu. Tak korzystny wynik należy przypisać głównie młodemu wiekowi obu chorych. Elastyczne w tym wieku tętnice mogły szybko drogą krążenia obocznego zapewnić dostateczny dopływ krwi do mózgu.

W przypadku I. zespolenie w obszarze tętnicy szyjnej wewnętrznej było tu wystarczające.

Natomiast w przypadku II, gdzie tętnica szyjna wewnętrzna była podwiązana i tą drogą dopływ krwi do mózgu z obszaru tętnicy szyjnej zewnętrznej być nie mogło. jedynie tylko dobrze rozwinięte tętnice tworzące koło Willisa mogły zapewnić należyte ukrwienie półkuli mózgowej po stronie podwiązanej tętnicy.

PIŚMIENNICTWO

1. Gask G. - Peterson Ross: Die Chirurgie des sympatischen Nervensystems. Amb. Barth Leipzig 1936. — 2 Olivecrona H.: Ligature of the carotid artery in intracranial aneurysms. Acta Chir. Scand. 1944 V. 91, str. 353—368. — 3 Preston A.: Arterial injuries of warefare. 1946. Surgery. V. 20, December Nr 6, str. 786—801. — 4. Stich R. - Fromme A: Die Verletzungen der Blutgefässe und deren Folgezustände. Ergeb. d. Chir. und Orthop. Bd. 13. J Springer, Berlin 1921. — 5. Stich R. - Makkas M.: Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. G. Fischer, Jena 1932.

RESUMÉ

Sur la ligature de l'art. carotide commune.
par Dr H. Kania.

Dans deux cas on a fait la ligature d'une artère carotide commune avec un résultat favorable. Dans l'un de ces cas on a fait aussi la ligature de l'artère carotide interne. Après l'operation apparut le symptom de Horner a cause de l'endommagement des nerfs sympatiques contigus a l'artère carotide interne. A ce favorable résultat se contribua surtout la jeunesse des malades, qui assura l'habite activité de la circulation collaterale.

Dr JERZY JASIEŃSKI Kraków
Ordynator Oddziału

W sprawie wycinania żołądka w przypadkach przerostu i zwężenia światła odźwiernika w przebiegu przewlekłego nieżytu żołądka.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie

Od czasu rozwoju chirurgii żołądka mnożą się w piśmiennictwie doniesienia, z których wynika, że wielokrotnie już wycinano żołądek, błędnie rozpoznając raka lub wrzód trawienny w przypadkach, w których nie chodziło o żadne z tych schorzeń chirurgicznych, lecz o dobrotliwy przerost mięśniówki odźwiernika lub przewlekły nieżyt żołądka.

Przypadki te były przeważnie operowane z błędnym rozpoznaniem raka. W części spośród nich, retrospektywnie rzecz biorąc, zabieg mógł się wydawać tym bardziej uzasadnionym, że guz, obejmujący okrężnie odźwiernik, wywoływał jego zwężenie i to niekiedy w sposób tak znaczny, że światło odźwiernika przepuszczało zaledwie opuszkę palca (przypadek Y a m a d y) albo nawet nie przewyższało grubości ołówka (przypadki K l o s e i B e r n s t e i n a). W innych wszakże przypadkach brak było objawów zwężenia odźwiernika i sam tylko wygląd makroskopowy nasuwał podejrzenie, że chodziło o nowotwór złośliwy.

I tak w przypadku H a r t m a n n a wycięto żołądek u 58-letniego osobnika z powodu wyraźnego zgrubienia i zwężenia światła odźwiernika. Badanie histologiczne pozwoliło stanowczo wykluczyć nowotworowy, kiłowy i gruźliczy charakter sprawy, wykazało natomiast zgrubienie mięśniówki odźwiernika i zmiany bliznowate w mięśniówce i warstwie podśluzowej.

F i n s t e r e r, rozpoznając raka odźwiernika, wyciął żołądek u 68-letniego chorego, badanie histologiczne zaś wykazało tylko przerost mięśniówki i śluzówki.

B i a n c h e t t i, podejrzewając złośliwy charakter sprawy, wobec wybitnego zgrubienia i zwężenia światła odźwiernika, wyciął żołądek u 61-letniej kobiety, w istocie zaś chodziło o przerost mięśniówki odźwiernika.

Mc N a m e e, rozpoznając raka, wyciął żołądek u 40-letniego chorego ze zwężeniem odźwiernika; tymczasem przeprowadzone badanie histologiczne wykazało przerost mięśniówki odźwiernika i obecność nacieków zapalnych.

C r y m l e i W a l m s l e y przy badaniu histologicznym preparatu żołądka 43-letniego osobnika, operowanego z powodu guza odźwiernika wielkości piłki od golfa, wykazali jedynie przerost mięśniówki odźwiernika.

T o u p e t i M o u c h e t wycięli żołądek u 53-letniej chorej, rozpoznając raka na tej podstawie, że odźwiernik i przylegający doń czterocentymetrowy odcinek przedodźwiernikowej części żołądka były dwukrotnie grubsze niż normalnie i miały charakter twardej rury. Badanie histologiczne natomiast wykazało zmiany zapalne w śluzówce, podśluzówce i znaczny przerost z częściowym bliznowaceniem mięśniówki.

W a n k e, rozpoznając raka odźwiernika, operował 40-letniego chorego, badanie histologiczne natomiast wyciętego żołądka wykazało tylko znaczny przerost mięśniówki.

S t a a t e n operował dwóch chorych z rozpoznaniem raka z powodu, jak wykazało badanie mikroskopowe, guzowatego nieżytu żołądka.

T o m o d a opisał dwa przypadki przerostu odźwiernika, w których przed zabiegiem rozpoznano raka.

U trzech chorych F l ö r k e n a przewlekły nieżyt żołądka pociągnął za sobą wytworzenie się guza zapalnego. Schorzenie trwało krótko, poza objawami zwężenia odźwiernika dawało dolegliwości niewyraźne, badanie zaś radiologiczne wydawało się świadczyć o istnieniu nowotworu złośliwego. W jednym z tych przypadków stwierdzono po otwarciu brzucha obecność w części przedodźwiernikowej żołądka twardego guza, pokrytego niezmienioną surowicówką, a na krzywiźnie dużej — pakietu powiększonych gruczołów chłonnych. W drugim chodziło o uszypułowany, kalafiorowaty, miękki guz żołądka wielkości jabłka. W trzecim wreszcie guz podobnych rozmiarów znajdował się w odźwierniku, ściana zaś przylegającego odcinka żołądka, grubości palca, sprawiała wrażenie nacieku nowotworowego o charakterze raka włóknistego. Badanie histologiczne we wszystkich tych przypadkach wykazało tylko cechy ciężkiego przewlekłego nieżytu żołądka.

W trzech przypadkach K o n j e t z n e g o, dotyczących osób między 42 a 53 rokiem życia, operowanych z rozpoznaniem klinicznym raka, chodziło o ograniczone wyłącznie do części odźwiernikowej rakopodobne zgrubienia zapalne ściany żołądka, którym, zdaniem K., klinicysta więcej winien poświęcić uwagi. Badanie histologiczne wyciętego w pierwszym przypadku żołądka wykazało znaczny przerost mięśniówki, głównie w okolicy odźwiernika i zgrubienia śluzówki; w drugim — obecność płaskiego owrzodzenia wielkości dłoni, nie obejmującego wszakże okrężnie całej powierzchni śluzówki i zgrubienia warstwy podśluzowej; w trzecim wreszcie — obecność pośród nacieku zapalnego pięciu płaskich owrzodzeń sięgających do śluzówki, nacieków złożonych z limfocytów w śluzówce i podśluzówce i poszczególnych komórek plazmatycznych zarówno w warstwie mięsnej błony śluzowej, jak i tkanki łącznej, wreszcie obfity rozwój tkanki łącznej włóknistej w mięśniówce.

W jednym wreszcie w swoim rodzaju bodaj przypadku sekcyjnym A c k m a n a sekcja zwłok 72-letniego mężczyzny, od dzieciństwa chorującego na żołądek, od 8 lat zaś odczuwającego bóle nie do zniesienia, wykazała obecność chrząstkowato twardego odźwiernika, na którego utkanie składały się głównie przerosłe włókna mięsne. Guz powodował tak znaczne zwężenie odźwiernika, że szerokość jego światła wynosiła zaledwie 3 mm.

Wobec względnej rzadkości tego rodzaju przypadków, operowanych dotychczas zazwyczaj na podstawie błędnych przesłanek, uważam za celowe ogłoszenie przypadku niedawno przez się spostrzeganego i dokładne omówienie tej sprawy.

Chodziło o chorego J. S., lat 52, który zgłosił się po raz pierwszy do szpitala w styczniu 1937 r. Podawał on w wywiadach, że od 14 lat miewa dolegliwości żołądkowe: bóle w nadbrzuszu, występujące po każdym jedzeniu, zwlaszcza po pokarmach mniej strawnych, również bóle nocne, promieniujące ku plecom, częste odbijania i od czasu do czasu wymioty treścią pokarmową. Po kilkakrotnie przeprowadzonym leczeniu dietetyczno-farmakologicznym chory odczuwał przejściową poprawę, po pewnym wszakże czasie dolegliwości powracały na nowo i stopniowo coraz bardziej się nasilały.

Przy badaniu uderzało podupadłe odżywienie chorego. Język miał obłożony. Stwierdzono rozedmę płuc, zwyrodnienie mięśnia sercowego i bolesność uciskową w nadbrzuszu mimo braku oporów nieprawidłowych.

Mocz nie zawierał żadnych składników patologicznych.

Przy badaniu stolca na krew utajoną próba piramidonowa wypadła ujemnie.

Ciśnienie krwi wynosiło 125/85 RR.

Badanie krwi wykazało: 4,600.000 c. cz., 6.400 leukocytów, 90% Hb., wskaźnik barwny wynosił 0 98. Biały obraz krwi przedstawiał się prawidłowo: leukocytów obojętnochłonnych 60%, kwasochłonnych 1%, tucznych 1%, limfocytów 29% i jednojądrzastych 10%.

Odczyny Wassermanna i Meinickego ze krwi wypadły ujemnie.

Przy badaniu treści żołądkowej — na czczo wydobyto 15 cm³ treści; deficyt wolnego kwasu solnego 35°, ogólna kwasota 0°, kwasu mlekowego brak; w osadzie liczne leukocyty, nabłonki z jamy ustnej, przełyku, żołądka, bakterie, śluz. W 45 min. po próbnym śniadaniu Boas-Ewalda wydobyto około 120 cm³ treści; deficyt wolnego HCl — 16°, ogólna kwasota 0°, brak kwasu mlekowego. 1/5 część osadu stanowiła strawiona bułka.

Prześwietlenie przewodu pokarmowego (Dr P. A d a m o w i c z): Żołądek na czczo próżny, ortotoniczny, wykazuje zwężenie zarysu części przyodźwiernikowej i nieregularność rysunku błony śluzowej części odźwiernikowej. Brak objawów zwężenia odźwiernika; ruchy robaczkowe chwilami głębokie, znikają przed odźwiernikiem, przepychają jednak treść do dwunastnicy. Nieznaczne zaleganie treści w opuszce dwunastnicy. Okolica odźwiernika tkliwa na ucisk, większa wszakże bolesność w dołku poza żołądkiem. W 7 godzin po jedzeniu żołądek opróżnił się, treść zaś wypełnia jelito biodrowe i wstępnicę wraz z poprzecznicą. Po 24 godzinach okrężnica wypełniona równomiernie. Żołądek dopełniany przepuszcza treść w czasie prawidłowym. Nieznaczne przypłaszczenie górnego brzegu części przedodźwiernikowej. Orzeczenie: żołądek zachowuje się prawidłowo, nieznaczne przypłaszczenie górnego brzegu części przedodźwiernikowej.

Kontrolne badanie stolca na krew utajoną dało wynik ujemny.

Z rozpoznaniem bezsoku żołądkowego skierowano chorego do leczenia internistycznego.

Chory zgłosił się ponownie na oddział po 15 miesiącach. Podawał, że ostatnio codziennie odczuwał bóle w dołku podsercowym, miewał odbijania, częste wymioty i wychudł znacznie, od czasu wyjścia ze szpitala stracił na wadze 10 kg.

Przy badaniu wyczuwało się w dołku podsercowym obecność niewielkiego, gładkiego niebolesnego na ucisk guza, dobrze ruchomego i poruszalnego oddechowo.

Mocz nie zawierał składników patologicznych.

Badanie krwi wykazało: 4,500.000 c. cz, 4.400 leukocytów, 96% Hb, wskaźnik barwny wynosił 1. Szybkość opadania czerwonych ciałek: po godzinie 25, po 2 godz. — 47 mm.

W stolcu krew utajona.

Badanie treści żołądkowej: na czczo wydobyto 50 cm³ treści opalizującej. Brak wolnego HCl, ogólna kwasota 0°, brak kwasu mlekowego; osad nie zawierał resztek pokarmowych. W 60 minut po próbnym śniadaniu Ehmana: I porcja — 11/3, II — 15/4, III — 15/4, IV — 22/4, V — 25/4, VI — 18/4. W 5 dni później na czczo wydobyto około 5 cm³ treści śluzowej, płynnej, o oddziaływaniu zasadowym. Brak w niej wolnego HCl i kwasu mlekowego, ogólna kwasota 0, w osadzie poszczególne leukocyty, nabłonki płaskie i śluz.

Prześwietlenie przewodu pokarmowego: ściany żołądka zmian nie wykazują, tylko w części przyodźwiernikowej brak jest perystaltyki i widoczna nierówność ścian. W 7 godzin po jedzeniu żołądek całkowicie opróżniony, treść równomiernie rozłożona w okrężnicy po zagięcie śledzionowe. Po 24 godzinach wypełnione dalsze odcinki okrężnicy, wstępnica opróżniona. Dopełnienie żołądka: w części przedodźwiernikowej od strony krzywizny dużej nierówność kształtu o charakterze ubytku. Brak fal perystaltycznych w odpowiednich odcinkach żołądka. W okolicy tej wyczuwalny opór. Rozpoznanie: c a p a r t i s p r a e p y l o r i c a e v e n t r i c u l i.

Po kilkudniowym przygotowaniu chorego do zabiegu w uśpieniu evipanowym otwarto jamę brzuszną cięciem środkowym górnym. Znaczne guzowate zgrubienie części odźwiernikowej żołądka, zwężające okrężnie jego światło; brak zrostów z otoczeniem, odźwiernik dokładnie ruchomy, brak powiększonych gruczołów chłonnych wzdłuż krzywizn. Podejrzewając, iż chodzi o raka, wyciąłem żołądek sposobem Reichel-Polya.

Badanie histologiczne wykazało znaczny przerost i zmiany włókniste w mięśniówce, znacznego stopnia przerost błony śluzowej, miejscami obecność drobnych owrzodzeń śluzówki, wykazującej rozległe zmiany zapalne, nacieki zapalne o charakterze przewlekłym w śluzowej i obrzękłej błonie podśluzowej żołądka.

Cały przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. Chory, badany w rok po zabiegu, przybył na wadze i żadnych dolegliwości nie odczuwał.

Niewątpliwie więcej znacznie operowano tego rodzaju przypadków, niż ich ogłoszono, mało kto bowiem ma odwagę przyznać się publicznie do popełnionego błędu sztuki, jeśli za taki uważał przeprowadzony przez się doszczętny zabieg na żołąd-

ku, nie wszyscy też niestety chirurdzy ogłaszają drukiem ciekawsze swe spostrzeżenia.

Przypadki, w których mylono raka z wrzodem, w preparacie bowiem wyciętego żołądka miast spodziewanego raka stwierdzano obecność wrzodu, i odwrotnie, w których badanie histologiczne rzekomego wrzodu wykazywało utkanie nowotworowe, nie należą bynajmniej do rzadkości i nie ma tu właściwie powodu się nad nimi zatrzymywać. Mimochodem tylko wspomnę o tym, że przed 16 laty, przy sposobności omawiania dwóch operowanych przeze mnie przypadków, w których chodziło o mnogie ogniska raka żołądka,[1]) wspominałem o tym jako o fakcie oddawna znanym, że nawet w czasie zabiegu operacyjnego niejednokrotnie niemożliwe bywa rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia z wrzodem żołądka, czy też z rakiem i że nawet w przypadkach, które zdają się nie nasuwać pod tym względem żadnych zastrzeżeń, możliwe są pomyłki rozpoznawcze. Wynikła stąd konieczność rozszerzenia wskazań do wycięcia żołądka również na wszystkie przypadki rozpoznawane jako wrzód trawienny, dzięki takiemu bowiem postępowaniu wybieramy właściwy sposób leczenia nawet mimo niewłaściwego rozpoznania sprawy chorobowej.

Zdarzało się wszakże również, jak już o tym na wstępie wspominałem, że wycinano żołądek, przypuszczając istnienie wrzodu, tymczasem w świetle jego nie znajdywano ani obecności wrzodu, ani nawet blizny po wrzodzie, a dokładne badanie histologiczne pozwalało stanowczo wykluczyć istnienie któregokolwiek ze schorzeń, uważanych doniedawna za chirurgiczne. Przed kilkunastu jeszcze laty Payr zwrócił uwagę na to, jak mało mówi się o preparatach wyciętych żołądków, w których nie stwierdzono obecności wrzodu. Przypuszcza on, że chirurgom nie starcza odwagi do przyznania się, iż przeprowadzili tak poważny zabieg bez należytych podstaw i ubolewa nad tym faktem, gdyż przyznanie się do popełnionych błędów dawno by już prawdopodobnie wyjaśniło tę sprawę.

Sprawę tę istotnie wyjaśniono w ostatnich czasach i to w ten sposób, że rozszerzono znacznie wskazania do wycięcia żołądka tak, iż nie ograniczają się już dziś one wyłącznie do przypadków raka, wrzodu i powrzodowego zwężenia odźwiernika. Okazało się bowiem, wbrew utrzymującej się przez czas dłuższy i przez wielu podzielanej opinii, według której przerost odźwiernika, prowadzący do zwężenia jego światła, zawsze miał pozostawać w związku przyczynowym ze znajdującym się w pobliżu wrzodem, że niejednokrotnie już nie stwierdzano w tego rodzaju preparatach resekcyjnych obecności wrzodu, a jedynie zmiany odpowiadające przewlekłemu nieżytowi żołądka. Pierwszy bodaj dokładny opis przypadków operowanych z powodu objawów odpowiadających zwężeniu odźwiernika, powstałemu rzekomo na tle wrzodowym, w których w czasie zabiegu nie wykazano obecności wrzodu, znajdujemy u Konjetznego. Również Nikolaysen, Borgbjärg, Kemp i Fabez utrzymują, że sam przewlekły nieżyt żołądka może prowadzić do zwężenia światła odźwiernika. Jedni przy tym dopatrywali się przyczyny tego zwężenia w skurczach odźwiernika, występujących w następstwie zadrażnienia odpowiednich nerwów przez toczącą się sprawę zapalną, inni — w pozapalnych naciekach bliznowatych odźwiernika, pozostających w związku z nieżytem żołądka, jeszcze inni wreszcie mówili o wrodzonym przeroście odźwiernika.

Okazało się dalej, że jeśli chodzi o wyniki lecznicze uzyskane przez wycięcie żołądka, to są one bardzo dobre nie tylko w przypadkach, w których mamy do czynienia z organicznym zwężeniem światła odźwiernika, lecz i w tych, w których przyczyną dolegliwości były jego uporczywie utrzymujące się skurcze. Oddawna też już wycinamy odźwiernik przy nie dającym się usunąć wrzodzie trzonu żołądka. Paliatywny ten zabieg ma w tych przypadkach na celu wyłącznie usunięcie szkodliwego działania skurczów odźwiernika na sam wrzód i na wydalanie żołądka. Usuwanie więc nawet odźwiernika anatomicznie zdrowego, lecz szkodliwego pod względem czynnościowym, stanowi jeden z ogólnie już dziś uznanych celów chirurgii żołądka.

Poza wszakże omówionymi już przypadkami, dalej przypadkami ostrej ropowicy żołądka i niezwykle rzadko spotykanym u dorosłych „czystym" przerostem mięśniówki odźwiernika, podobnym do spotykanego u noworodków, wycięcie żołądka wchodzi w grę również w tych wszystkich postaciach przewlekłego nieżytu żołądka, przypominających zazwyczaj swym przebiegiem chorobę wrzodową, w których leczenie dietetyczno-farmakologiczne zawodzi i wyleczenie uzyskać można tylko przez wycięcie żołądka.

W ostatnich latach szereg chirurgów zainteresował się szczególnie dobrotliwym przerostowym zwężeniem odźwiernika u dorosłych, sprawą chorobową o istnieniu której, jak by się wydawać mogło, niesłusznie na czas pewien zapomniano. Wprawdzie, w przeciwieństwie do częstości występowania przerostu odźwiernika u dzieci, u starszych schorzenie to należy do stosunkowo rzadkich. Znali je już jednak dawni autorzy: Cruveilhier, Andral i Brinton, choć niesłusznie określali nazwą „linitis plastica". Odkąd wszakże Rokitańsky (1854) a potem Quénu (1906) ustalili, że nazwa ta odpowiada tylko szczególnej postaci raka żołądka i że w przeważnej części spostrzeganych przypadków tego rodzaju, nie przebadanych dokładnie histologicznie, w istocie chodziło nie o dobrotliwy przerost odźwiernika, lecz o raka, dla uniknięcia tego rodzaju pomyłek mówiono za Habersonem o „chorobie włóknistej odźwiernika", za Lebertem — o „zwykłym przeroście odźwiernika", względnie częściej o „dobrotliwym przerostowym zwężeniu odźwiernika", za Boasem wreszcie

[1]) J. Jasieński: „W sprawie powstawania mnogich ognisk raka żołądka" — Polski Przegląd Chirurgiczny, t. XI, z 3, 1932. — „Sur l'origine des foyers multiples du cancer de l'estomac" — Archives Franco-Belges de chirurgie, nr 5, 1932. — „O rakach pierwotnie mnogich i wielocentrowym rozwoju raka" — Lekarz Wojskowy, nr 4/7, 1932.

o „gastrites stenosantes", a za autorami niemieckimi o „hypertrophische Magensclerose". We Francji Tassin (1904) opisał pierwszy dokładnie przebadany przypadek przerostowego zwężenia odźwiernika, dotyczący 70-letniego starca. Dalsze przypadki ogłosili: Hartman, Urrutia, Ramond i Clement, Auneau, Pauchet, Harvier i Brun, Ramond i Chéne, Lyon i Bergeret, Cornil i Mosinger, Denis i Dufour, Delannoy i Patoir, Toupet i Mouchet. Od czasu Macéra (1885), który ogłosił drukiem 31 przypadków przerostowego zwężenia odźwiernika u dorosłych, coraz częściej też są opisywane tego rodzaju przypadki w piśmiennictwie anglosaskim. Mayo-Robson i Moynnihan, Russel, Barling, Cadwick Oliver, Andersen Brams i Meyer, Kirby Dwight, Crohn, Chaney, Ackman, Nordman, Guion, Bruce Morton, Mac Clure, Laporte i Scholz, Coleman, Crymble i Walmsley, Twining, Mac Elmer i Moylan, wreszcie Cuhn ogłosili poszczególne swe spostrzeżenia. Spośród autorów innych narodowości o kilku przypadkach wspominają Jonas, Chiari, Bastianelli, Bianchetti, z autorów niemieckich — Maier, Tilger, Payr, Gruber, Haidenhain, Haberer, Klose i Bernstein, Konjetzny i Wanke.

Na podstawie przeprowadzonych badań histologicznych wyróżniono dwie zasadnicze postacie schorzenia: zwężenie powstałe przez sam czysty przerost mięśniówki odźwiernika, dotyczący niemal wyłącznie włókien jego warstwy okrężnej, jak to zwykle bywa u noworodków i zwężenia pozapalne, będące następstwem przerostu zapalnego wszystkich zazwyczaj warstw ściany odźwiernika, zejściem którego są zmiany o charakterze włóknistym.

Czysty przerost mięśniówki odźwiernika, wydzielony jako odrębna postać chorobowa przez Kirhy i Dwighta, dokładnie opisany przez Harvier i de Bruna, Delancy i Patoir, ciekawy ze względu na swą patogenezę, u dorosłych spotykano niezmiernie rzadko. Toupet i Mouchet, po krytycznym rozpatrzeniu odnośnego piśmiennictwa, uważają, że do tej kategorii schorzeń zaliczyć można zaledwie 10 pewnych spostrzeżeń klinicznych (obserwacje Harvier i de Bruna, Tassina, Chermitte, Cornila, Bianchetti, Denisa i Dufoura, Delannoy i Patoir, Ackmana, Crymble i Walmsley'a). Odrzucają bowiem wszystkie przypadki, w których brak jest jedynego kryterium decydującego o rozpoznaniu — badania histologicznego. Nawet przypadki Mortona, Olivera, Mayo-Robsona i Moynihana, w których autorzy ci rozpoznają zupełnie pewnie czysty przerost odźwiernika na tej podstawie, że przeprowadzone zabiegi plastyczne sprowadziły wyleczenie, nie przemawiają im do przekonania.

Toupet i Mouchet omawiają dokładnie przypadki, w których zwężenie odźwiernika powstało na tle przerostu zapalnego i następowych zmian bliznowatych. Uważając tylko 38 spośród ogłoszonych spostrzeżeń za pewne, bo przebadane histologicznie, dołączają do nich jeszcze 6 spostrzeżeń Barlingera, Mortona i Mac Clure i jedno własne. Uwzględniając jednak nawet, że może niesłusznie odrzucili szereg przypadków niezbadanych histologicznie i że niewątpliwie nie wszystkie spostrzeżenia kliniczne zostały ogłoszone, uważają schorzenie za względnie rzadkie. Judd wszakże jest odmiennego zdania, mówi bowiem aż o 20 operowanych przez się tego rodzaju przypadkach, spośród których w 11 rozpoznanie zostało potwierdzone pod mikroskopem. Statystyka zaś rentgenologiczna Kirklina z kliniki



Mayo wspomina o 81 przypadkach spostrzeganych w ciągu lat 5 na 60.000 ogółem przeprowadzonych badań radiologicznych żołądka. Zwężenie odźwiernika stanowi więc rzadkie bądź co bądź powikłanie nieżytu żołądka. Schorzenie to, jak oddawna wiadomo, polega na rozwoju tkanki łącznej włóknistej w warstwie podśluzowej i przeroście mięśniówki odźwiernika, a powstaje przeważnie na tle zwykłego przewlekłego nieżytu lub ropowicy żołądka.

Jeśli chodzi o etiologię przerostu i zmian zapalnych wytwórczych z następowym bliznowaceniem, prowadzącym do zwężenia odźwiernika, to szereg autorów dopatruje się istnienia przyczyn natury miejscowej i ogólnej. Spośród czynników miejscowych dużą wydaje się odgrywać rolę sam śródmiąższowy i miąższowy nieżyt żołądka. Boas, Konietzny i Wanke podkreślają częstość występowania przerostu odźwiernika w przebiegu przewlekłego nieżytu żołądka; Ramond i Chéne zaś wykazali rolę tego przerostu w powstawaniu zwężeń odźwiernika. Konietzny znajdował w preparatach anatomicznych wyciętych żołądków zmiany odpowiadające przewlekłemu przerostowemu nieżytowi żołądka: znaczne zgrubienie ścian żołądka, guzowate zgrubienia śluzówki, niejednokrotnie obecność drobnych jej brodawczaków, pośród których znajdowały się niekiedy płaskie owrzodzenia, przerost mięśniówki odźwiernika różnie nasilony, nacieki drobnookrągłokomórkowe, złożone przeważnie z limfocy-

tów w śluzówce, przerosłej warstwie mięsnej błony śluzowej i w bliznowato zgrubiałej podśluzówce. Zdaniem K. przewlekły nieżyt żołądka prowadzi do długotrwałych skurczów odźwiernika i przerostu mięśniówki, w następstwie czego powstaje zwężenie jego światła; schorzenie bywa też przyczyną krwotoków żołądkowych.

Poza przyczynami ściśle miejscowymi w grę mogą wchodzić również i przyczyny odległe. Przerost odźwiernika towarzyszył niejednokrotnie wrzodom małej krzywizny, przeważnie starym, niekiedy nawet oddawna zagojonym, zbliznowaciałym, wrzodom dwunastnicy, nieżytowi dwunastnicy, przewlekłemu zapaleniu woreczka żółciowego, kamicy żółciowej, a nawet wyrostka robaczkowego. Wyjaśnienie, w jaki sposób w wielu spośród tych przypadków przyszło do przerostu odźwiernika, nie zawsze jest łatwe. Prawdopodobnie proces chorobowy, toczący się w miejscu od odźwiernika odległym, sprowadza częste skurcze odźwiernika, w następstwie czego przerasta on po pewnym czasie. Przypuszczenie to mogłoby znajdować potwierdzenie w często w tych przypadkach stwierdzanym pod mikroskopem rozroście współczulnych elementów nerwowych splotów podsurowicówkowego, A u e r b a c h a i podśluzówkowego, niekiedy tak znacznym, że odpowiadającym obrazowi prawdziwych nerwiaków (C o r n i l i M o s i n g e r). Zdaniem pewnych autorów ta właśnie hipergeneza nerwowa sprowadza przerost mięśniówki odźwiernika. W większości wszakże przypadków badanie histologiczne nie pozwala na żadne wnioski patogeniczne. Niektórzy mówią o wrodzonym usposobieniu mięśnia odźwiernika, odgrywającego niejako rolę „ciernia drażniącego" (K u t t n e r). F l ö r k e n i G r u b e r przypuszczają, że w przypadkach przerostu mięśniówki odźwiernika i części przedodźwiernikowej żołądka chodzi o wrodzone zwężenie światła odźwiernika. Również H a i d e n h a i n jest zdania, że wrodzone zwężenie odźwiernika u dorosłych nie jest bynajmniej tak rzadkie, jak to dotychczas skłonni byliśmy przypuszczać. W pierwszych bowiem latach życia może występować zupełne jego wyrównanie przez przerost mięśniówki i objawy kliniczne zjawiają się dopiero wówczas, gdy mięśniówka żołądkowa słabnie, wobec czego wyrównanie to ulega zaburzeniu. K a i z e r zwraca uwagę na istnienie alergicznych obrzęków pewnych odcinków przewodu pokarmowego i przypisuje im duże znaczenie dla chirurga. W spostrzeganym bowiem przypadku, bezskutecznie od dłuższego czasu leczonym z powodu wrzodu żołądka, znajdującego się rzekomo, jak o tym miało świadczyć badanie radiologiczne, w okolicy odźwiernika, wyciął żołądek, znajdując w czasie zabiegu zapalne zgrubienie jego ściany. Przeprowadzone jednak badanie histologiczne miast spodziewanego wrzodu wykazało tylko znaczny obrzęk podśluzówki, obecność nacieków złożonych z komórek eozynochłonnych i leukocytów w głębokich partiach śluzówki i powierzchownych warstwy podśluzowej i zmiany w naczyniach chłonnych, mianowicie bujanie komórek śródbłonkowych. Przy uzupełnianiu zaś wywiadów dowiedziano się od chorego o występowaniu u niego objawów nadwrażliwości po spożyciu cebuli. Kiła być może również odgrywa pewną rolę w powstawaniu schorzenia, w obydwu bowiem przypadkach S t a a t e n a i w przypadku G a t t e stwierdzono dodatni odczyn W a s s e r m a n n a. Rola ta wszakże nie może być znaczna również z tego względu, że w żadnym spośród operowanych przypadków nie stwierdzono w żołądku obecności zmian swoistych.

Przechodząc do kliniki przerostowego zwężenia odźwiernika, podnieść należy, że spotykano je u osób w każdym wieku, bo zarówno u ludzi młodych (obserwacja S c h r e i b e r a dotyczyła 7-letniego dziecka, M a y o - R o b s o n a 14-letniego), jak i starców (chory A c k m a n a liczył 74 lata), najczęściej wszakże chodziło o osobników między 30 a 60 rokiem życia. Mężczyźni 3 razy, względnie nawet 4 razy częściej ulegają schorzeniu niż kobiety. Objawy kliniczne są zazwyczaj bądź mało uchwytne, bądź też bardzo różnorodne i przeważnie zupełnie nie charakterystyczne; zwykle odpowiadają one objawom przewlekłego nieżytu lub wrzodu żołądka. Klinicznie istotnie niepodobna odróżnić schorzenia od wrzodu żołądka lub dwunastnicy zwłaszcza, jeśli występują krwawienia utajone ze śluzówki żołądka lub wtórnie powstałego owrzodzenia. W części przypadków bóle nie wydają się pozostawać w żadnym związku z jedzeniem. Wymioty są objawem niestałym. Niekiedy możemy się spotkać z objawem pluskania żołądka albo udaje się nam wyczuć w nadbrzuszu obecność guza. Guz zawsze posiada niewielkie rozmiary i jest dokładnie ruchomy. Wreszcie mimo forsownych prób leczenia zachowawczego następuje zazwyczaj spadek na wadze, a nawet wyniszczenie i charlactwo.

Niektórzy przypisywali wielkie znaczenie rozpoznawcze badaniu radiologicznemu żołądka. Utrzymują oni, że schorzenie zawsze niemal jako takie można pod ekranem rozpoznać i że brak dokładnych obserwacji radiologicznych tłumaczy się tylko rzadkością jego występowania. Zdaniem innych dokładne badanie radiologiczne pozwala tylko z dużym prawdopodobieństwem na ustalenie właściwego rozpoznania przed zabiegiem. K l o s e i B e r n s t e i n, K i r k l i n i H a r r i s, wreszcie T w i n n i n g opisali zmiany typowe dla schorzenia widoczne bądź przy prześwietlaniu rentgenowskim, bądź też na kliszy. Przede wszystkim uderzać ma w tych przypadkach wydłużenie kanału odźwiernika, długość jego dochodzi do 2 względnie nawet 4 cm, zamiast, jak to bywa normalnie, 0.8 — 1 cm. Przy nieznacznym wydłużeniu kanał odźwiernika jest zazwyczaj prosty, przy znacznym natomiast wygina się on łukowato ku górze, w kierunku dwunastnicy. Zmiana osi kanału w stosunku do antrum znajdującego się częstokroć bliżej małej, niż dużej krzywizny, stanowi jednak objaw niestały. Zmiennym bywa zazwyczaj przekrój zwężonego kanału, w czasie skurczu bowiem odźwiernika zwężenie silniej się zaznacza. Wydaje się ono przy tym nierównomierne,

mianowicie w miejscu przejścia do antrum odźwiernik jest szerszy, posiada brzegi wyraźne i wykazuje niekiedy zaokrąglone obrysy, co ma się tłumaczyć rzutem cienia przerosłego mięśnia do światła żołądka. Crymble i Walmsley opisali dalej obecność szczeliny, względnie zaokrąglonego uchyłka pośrodku kanału na dolnej jego ścianie. Kirklin mówi, że chodzi tu o fałd śluzówki. Twinning natomiast utrzymuje, że przerosła mięśniówka części przedodźwiernikowej oddziela się w ten sposób od właściwego zwieracza, który nie ulega przerostowi. Kaufman, Toupet i Mouchet widzieli ponadto na zdjęciu podłużne fałdy śluzówki. Wanke na podstawie dwóch spostrzeganych przypadków uważa następujące cechy radiologiczne za charakterystyczne: pewną przesuwalność odźwiernika, zmienne w zależności od napięcia i ruchów robaczkowych stężenie ścian części przedodźwiernikowej żołądka i odźwiernika, gładkość obrysów obydwu krzywizn i stale utrzymujący się rysunek patologicznie zmienionej śluzówki, wykazującej nadmiernie zaznaczoną fałdzistość. Za objaw patognomoniczny uważa znów Kirklin wklęsłość stwierdzoną w miejscu podstawy opuszki dwunastnicy. Powstawać ma ona wskutek częściowego wgłębienia do opuszki „en museau du tanche“ przerosłego odźwiernika. Różni więc rentgenolodzy różne cechy uważają za charakterystyczne. W praktyce okazało się wszakże, że również badanie radiologiczne nie usuwa wszystkich trudności rozpoznawczych. Roentgen wykazuje zazwyczaj tylko zwężenie odźwiernika o różnym nasileniu, nie przesądza jednak przeważnie jego natury.

Niewątpliwie również diagnostyka operacyjna napotyka w tych przypadkach na olbrzymie trudności i próbne otwarcie brzucha nie rozstrzyga bynajmniej wszystkich naszych wątpliwości. Nie usuwa też trudności rozpoznawczych nawet szerokie otwarcie światła żołądka. Upewnia nas ono jedynie o braku guza względnie owrzodzenia na wewnętrznej ścianie żołądka, nie daje wszakże niekiedy żadnej pewności co do tego, czy mamy do czynienia ze sprawą dobrotliwą, czy też ze złośliwą. wyjaśnić to może wyłącznie tylko badanie histologiczne. Ze względu na wiek trudno nam bywa z całą pewnością wykluczyć raka. Nawet w przypadkach, w których poza zgrubieniem odźwiernika nie stwierdzamy nic nieprawidłowego, w szczególności nic takiego, co pewniej świadczyć by mogło o istnieniu wrzodu lub raka, brak jest dokoła żołądka zlepów względnie zrostów zapalnych, brak powiększonych gruczołów chłonnych, chirurg waha się, jak powinien postąpić.

Mimochodem tylko wspomnę o tym, gdyż pozostaje to w omawianą sprawą w bardzo luźnym związku, że dla rozstrzygnięcia w czasie zabiegu, czy chodzi tylko o skurcz, czy też mamy do czynienia ze sprawą organiczną, ze zwężeniem odźwiernika na tle zmian anatomicznych, polecał Rosencweig zakładać w czasie zabiegu na przeciąg ½-1 minuty dwie klemy żołądkowe, jedną przed, drugą poza odźwiernikiem i twierdził, że skurcz ustępuje w zupełności po upływie tego czasu. W przypadkach tych wszakże nikt nie myślał o skurczu czynnościowym, nie był tylko pewny charakteru guza.

Nic też dziwnego, że po otwarciu brzucha jedni, wobec nasuwających się wątliwości co do charakteru sprawy, nie mogąc napewno wykluczyć raka, szeroko wycinali żołądek w granicach zdrowych, inni natomiast w przekonaniu, że mają do czynienia z dobrotliwym przerostem odźwiernika, ograniczali się do przeprowadzenia zabiegów plastycznych. Jak dalece wszakże przekonanie to może się okazać błędnym, jak poważne trudności rozpoznawcze napotkać niekiedy możemy nawet przy różnicowaniu między przewlekłym nieżytem żołądka a rakiem, świadczy o tym przypadek Finsterera, w którym zamiast raka mylnie rozpoznano dobrotliwy przerost mięśniówki odźwiernika. Odźwiernik przecięto, zespalając żołądek z dwunastnicą, po pewnym wszakże czasie musiano wyciąć żołądek, gdyż przeprowadzone badanie histologiczne pobranego do badania przy zabiegu wycinka próbnego wykazało utkanie raka włóknistego.

Zabiegów plastycznych przeprowadzono w ogłoszonych przypadkach stosunkowo niewiele i wydaje się, że nie popełniono więcej tego rodzaju błędów rozpoznawczych, które w skutkach swych mogły się okazać fatalne. Wprawdzie również Eimer i Boyland w przypadku zwężenia odźwiernika u 67-letniego chorego wykonali zespolenie żołądkowo-jelitowe, mimo iż podejrzewali istnienie raka, to też pobrali do badania wycinek próbny: badanie mikroskopowe wykazało jednak dobrotliwy przerost mięśniówki i cechy przewlekłego nieżytu żołądka. Spośród innych autorów Morton w trzech przypadkach, dotyczących mężczyzn w wieku lat 39—63, rozpoznając przerost odźwiernika przeprowadził zabieg plastyczny. Gregory w 4 przypadkach, których przebieg odpowiadał typowym objawom wrzodowym, stwierdzając przerost mięśniówki odźwiernika, uzyskał wyleczenie dzięki podśluzówkowej jego plastyce. Crohn Bull u 45-letniej chorej, operowanej z powodu zwężenia odźwiernika, stwierdził w czasie zabiegu, że ma do czynienia z przerostem odźwiernika i wykonał zespolenie żołądkowo-jelitowe, uzyskując wyleczenie. Jedynie Judd aż w 14 spośród 20 spostrzeganych przypadków przeprowadził na odźwierniku zabiegi plastyczne, a w 6 tylko ograniczył się do wycięcia odźwiernika. Autor ten nie miewa widocznie trudności rozpoznawczych i nie bojąc się schematyzować zachodzi w ustalaniu wskazań operacyjnych aż tak daleko, że w przypadkach zwężenia odźwiernika zaleca zespolenie żołądkowo-jelitowe, jako zabieg z wyboru, u chorych mało odpornych, wycięcie odźwiernika — przy zmianach ściśle do odźwiernika ograniczonych, wycięcie zaś żołądka tylko przy zmianach bardziej rozległych, nasuwających wątpliwości rozpoznawcze.

W olbrzymiej natomiast większości przypadków dobrotliwego przerostowego zwężenia odźwiernika, jak już o tym wspominałem, wycięto

żołądek, błędnie rozpoznając, względnie niesłusznie podejrzewając, że chodzi o raka. Ale jeżeli nawet dawnicj niektórzy, retrospektywnie rzecz biorąc, uważali, że przypadki te rozwiązali niewłaściwie, to dziś już coraz więcej chirurgów skłania się ku poglądowi, że jeżeli jedynym ich racjonalnym leczeniem jest leczenie chirurgiczne, to jedynym racjonalnym zabiegiem jest wycięcie żołądka. Toupet i Mouchet dziwią się nawet odwadze chirurgów, którzy przeprowadzili w tych przypadkach zabiegi plastyczne: pylorotomię podśluzówkową (operacja Fredet-Ramstedta), pyloroplastykę, duodenosphincterectomię (operacja Junga), względnie zespolenie żołądkowo jelitowe. Zabiegi plastyczne zawsze są bowiem w tych przypadkach niebezpieczne, a często nieskuteczne. Nawet przy nieznacznych rozmiarach guza, jakie spotykamy przy przewadze zmian włóknistych, zabieg plastyczny przeprowadzany na odźwierniku kryje w sobie poważne niebezpieczeństwa ze względu na możliwość rozejścia się szwów, a nie daje żadnej pewności, czy efekt jego okaże się trwały. Okoliczność, że chodzi o zmiany zapalne i że obejmują one wszystkie warstwy ściany żołądka nie może przemawiać na korzyść zabiegu plastycznego, chociażby zabieg miał się ograniczyć wyłącznie do nacięcia warstwy surowiczej, podsurowiczej i mięsnej i nie tykać chorej błony śluzowej odźwiernika. Tylko w niezwykle wyjątkowych przypadkach zwężenia odźwiernika na tle czysto mięśniowego jego przerostu, u osób młodych, zabieg plastyczny znajduje logiczne uzasadnienie. W tych nawet bowiem spośród ogłoszonych przypadków, w których zabieg ten miał dać wyniki korzystne, nie mamy żadnej pewności co do tego, czy wyniki te były istotnie trwałe, czy też chodziło tylko o efekt doraźny: żadnego z chorych nie obserwowano w ciągu dłuższego czasu po zabiegu, co jedynie mogło by pozwolić na wysnucie wniosków potwierdzających wartość metody.

Najważniejszym wszakże argumentem, przesądzającym konieczność przeprowadzania zabiegu doszczętnego jest niemożność dokładnego ustalenia natury schorzenia nawet na stole operacyjnym. Znacznego zwłaszcza przerostu mięśniówki odźwiernika niepodobna bez badania histologicznego odróżnić od raka. Już nawet samo zgrubienie ściany żołądka, bez względu na to, czy stwierdzamy równocześnie obecność owrzodzenia, czy też zupełnie pewnie, po otwarciu światła żołądka, możemy wykluczyć jego istnienie, zwłaszcza u osób starszych zawsze nasuwać musi podejrzenie, że mamy do czynienia z rakiem. Ani na podstawie dostępnych nam metod badania klinicznego, ani badania radiologicznego, ani też nawet wrażeń wzrokowych i dotykowych, jakie nastręczają się nam w czasie przeprowadzanego zabiegu nie jesteśmy w stanie różnicować zupełnie nieomylnie między rakiem, linitis plastica, kiłą, gruźlicą ziarnicą złośliwą, a przewlekłym nieżytem żołądka. Zupełnie pewnie rozstrzyga rozpoznanie dopiero przeprowadzone po wycięciu żołądka badanie mikroskopowe. Uwzględniając to wszystko, wycięcie odźwiernika wraz z częścią trzonu żołądka musimy uznać za zabieg jedynie w tych przypadkach odpowiedni. Zdaniem Haidenheina zabieg w każdym przypadku winien polegać na wycięciu żołądka również z tego względu, że zespolenie żołądkowo-jelitowe nie daje wyleczenia, wyłączenie zaś odźwiernika wykonane łącznie z zespoleniem nie usuwa bólów.

Różni autorzy różne natomiast ustalają wskazania do leczenia operacyjnego przewlekłego nieżytu żołądka. Wbrew opinii Bergmanna, że nieżyt żołądka nigdy nie powinien być leczony operacyjnie, Michel uważa, że koniecznym jest wycięcie żołądka w przypadkach, które uprzednio bezskutecznie były leczone internistycznie albo w których krwawienia utrzymują się przez czas dłuższy i nawet się nasilają. Opierając się na tych przesłankach, Michel spośród 8 operowanych chorych, u których w czasie zabiegu nie stwierdził obecności wrzodu, lecz tylko przewlekły nieżyt żołądka, u 7 wyciął żołądek, przy czym u jednego tylko z nich nie uzyskał wyleczenia. Omawiane przypadki dotyczyły ludzi młodych, w wieku między 19 a 35 rokiem życia, przeważnie mężczyzn, u których dolegliwości utrzymywały się od lat kilku. W części przypadków stwierdzono obecność w stolcu krwi utajonej. Prześwietlenie przewodu pokarmowego u połowy chorych wydawało się świadczyć o obecności wrzodu, raz tylko budziło podejrzenie raka, w jednym przypadku badanie dało wynik niepewny, w dwóch — nie wykazało żadnych zmian w żołądku. Przeprowadzone badanie histologiczne preparatów operacyjnych wykazało istnienie przewlekłych zmian zapalnych w śluzówce i błonie podśluzowej. Castigliani rozróżnia następujące ważne dla chirurga postacie przewlekłego nieżytu żołądka: 1) polipowatość żołądka z zajęciem odźwiernika, prowadzącym do zwężenia jego światła, 2) przerostowy przewlekły nieżyt żołądka, cechujący się już to przerostem mięśniówki odźwiernika, już to jej bliznowaceniem jako zejściem sprawy zapalnej, prowadzącej do zwężenia światła odźwiernika. Przerost mięśniówki może być przy tym pierwotny, a nieżyt wtórny, względnie pierwotny nieżyt żołądka prowadzi do przerostu mięśniówki odźwiernika i zmian bliznowatych, 3) nieżyt żołądka, w którym na plan pierwszy wysuwają się krwawienia z błony śluzowej, zarówno ostre, jak i utajone, mimo braku obecności wrzodu, 4) nieżyt żołądka przebiegający wśród typowych objawów wrzodowych, w następstwie przebytego wrzodu, po którym nie pozostało żadnych śladów nawet pod postacią blizny, jeśli objawy nie ustępują mimo leczenia zachowawczego. Zdaniem Wanke należy operować tylko przypadki, w których chodzi o daleko posunięte zwężenie odźwiernika i przypadki przerostowego przewlekłego nieżytu żołądka z obawy przed zrakowaceniem. Neugebauer utrzymuje, że pewna część przypadków nieżytu żołądka przechodzi w stan przewlekły, trwa do końca życia, przy czym schorzenie bywa zwykle punktem wyjścia wrzodów trawiennych żołądka, a być może i raka. Toteż ujemne wyniki leczenia zachowawczego przypadków przewlekłego nieżytu żołądka,

przebiegających wśród ciężkich objawów klinicznych. a dalej grożące zwyrodnienie rakowe mają usprawiedliwiać przeprowadzanie w tych przypadkach doszczętnego zabiegu chirurgicznego, polegającego na rozległym, dla uniknięcia nawrotu cierpienia, wycięciu chorych części żołądka. Flörken twierdzi, że choć przeprowadzone na podstawie błędnego rozpoznania wrzodu wycięcie żołądka, wykazującego tylko przewlekłe zmiany zapalne, od czasu udoskonalenia diagnostyki radiologicznej staje się coraz rzadsze, tym niemniej istnieje pewna grupa przypadków nieżytu żołądka, nie poddających się leczeniu internistycznemu, które muszą być leczone operacyjnie z tego chociażby względu, że mniej więcej w połowie przypadków po wycięciu żołądka uzyskano trwałą poprawę. Wycięcie części przedodźwiernikowej — głównego miejsca usadowienia przewlekłego nieżytu żołądka — uważa Konietzny za najwłaściwsze, jeśli chodzi o usunięcie dolegliwości przypominających chorobę wrzodową.

Zdaniem Konjetznego trudności w ustalaniu wskazań do wycięcia żołądka w przypadkach dobrotliwego przerostu odźwiernika i przewlekłego nieżytu żołądka pozostają niemal wyłącznie w związku z trudnościami rozpoznawczymi. Winny być przede wszystkim operowane przypadki ograniczonego przewlekłego nieżytu żołądka i to zarówno jego postać plackowata, jak i przerostowa, cechująca się występowaniem polipowatych wybujałości i przerostem śluzówki, ze względu na możliwość powstania mnogich ognisk raka żołądka. Istotnie przypadki Konjetznego, Versé i przeze mnie przed kilku laty ogłoszone świadczą dobitnie o tym, że rak żołądka może się rozwijać na podłożu przewlekłego nieżytu i co więcej, może występować równocześnie w wielu punktach ściany żołądka. Powstawanie raka na tle zmian wywołanych przez toczący się w żołądku przewlekły proces zapalny wydaje się nie ulegać żadnej wątpliwości ze względu na stwierdzone w licznych skrawkach histologicznych wszystkie możliwe przejścia od normalnego nabłonka gruczołowego do nabłonka wybitnie wielokształtnego. Omawiając już raz tę sprawę, podnosiłem, że nie znając właściwej przyczyny powstawania raka, musimy wciąż jeszcze mówić o znaczeniu schorzeń poprzedzających, przygotowujących niejako podłoże do jego rozwoju. W powstawaniu części przypadków raka żołądka rolę jednego z tych czynników wyzwalających odgrywają niewątpliwie: przewlekły nieżyt żołądka, polipowatość błony śluzowej, wrzód żołądka względnie blizna po wrzodzie. Póki zaś nie zostanie wyjaśniona istota i rola innych jeszcze nieznanych nam dotychczas czynników współrzędnych, wyzwalających powstanie raka, musimy nadal korzystać z dość mglistego pojęcia o pewnym usposobieniu ustroju.

Wobec takiego stanu rzeczy, z obawy przed przeoczeniem wczesnego okresu rozwoju raka, ze względu na to. że w przypadkach, w których łatwo rozpoznajemy klinicznie raka żołądka, zabieg, jeśli o odległy wynik leczenia chodzi, (a on jest przecie celem zabiegu), okazuje się przeważnie spóźniony, musimy być bardzo radykalni w ustalaniu wskazań operacyjnych i wycinać każdy żołądek, który budzi najmniejsze chociażby pod tym względem podejrzenia. Postępować tak musimy przynajmniej do czasu, aż patogeneza raka nie zostanie wyjaśniona i w związku z tym zmieni się być może nasze postępowanie lecznicze.

Tak według dzisiejszych poglądów przedstawiałaby się sprawa wskazań do wycięcia żołądka w przypadkach przerostu i zwężenia światła odźwiernika i w przypadkach nieżytu żołądka. Są one dziś niewątpliwie znacznie szersze niż przed laty. Tak znaczne rozszerzenie, z wielką korzyścią dla chorych, wskazań do resekcji żołądka zawdzięczamy w znacznej mierze poza uzasadnieniem teoretycznym i praktycznym, które uwzględniałem dotychczas, tej szczęśliwej okoliczności, że ciężki ten zabieg nie jest już dziś, jak dawniej, połączony z względnie dużym niebezpieczeństwem dla życia chorego, udało się nam bowiem zmniejszyć znacznie, niemal do minimum, śmiertelność operacyjną. Zawdzięczamy to postępom nowoczesnej chirurgii, na które wiele złożyło się czynników, przede wszystkim zdobyta umiejętność należytej w każdym poszczególnym przypadku oceny ryzyka operacyjnego, dalej dobre przygotowanie chorego do zabiegu, stosowanie nietoksycznego uśpienia dożylnego, udoskonalenie techniki operacyjnej, łagodne operowanie i wreszcie staranne leczenie pooperacyjne. Wszystkie te czynniki sprzyjają łagodnemu przebiegowi choroby pooperacyjnej i zapobiegają skutecznie występowaniu groźnych dla życia powikłań. sprawiają jednym słowem, że chory dobrze znosi zabieg operacyjny, który jedynie przywraca mu zdrowie w omówionej kategorii przypadków. Możliwe dzięki wszystkim tym okolicznościom rozszerzenie wskazań do wycięcia żołądka stanowi jeszcze jeden poważny sukces dzisiejszej chirurgii.

PIŚMIENNICTWO

Poza 46 autorami francuskimi cytowanymi przez Tourneta i Mouchet w artykule: „Considérations sur la stenose hypertrophique bénigne du pylore chez l'adulte", Journal de Chirurgie, t. 50, nr 1, 1937: — 2. Ackman F. D.: Canad. med. Ass J. 21, 1929. — 4. Alren de Manoel: Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstr., 48, 1933. — 4. Bianchetti G F.: Archiv. ital. di chirurgia, 15, 1926. — 5. Blauner S. A.: Med. Journ. a Record, 126, 1927. — 6. Castiglioni G: Atti e Mem. Soc. lomb. Chir., 5, 1937. — 7. Crohn, Burill B.: Journ. of the Americ. Medic. Assoc., 90, 1928 — 8. Grymble P. T. a. Walmsley T.: Brit. Journ. of Surgery, 20, 1933. — 9. Mc Clure C. C.: Surg. gynec. a. obstetr., 52, 1931. — 9. Mc. Elmer R. F. a. Boylan C. E.: Hypertrophic pyloric stenosis in the adult. — 11 Feldman M.: Amer. J. of Surgery, 21, 1933. — 13. Flörken H.: Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie, 168, 1938. — 13. Finsterer: Gesellschaft der Chirurgen, Wien, Sitzung 15/IX, 1936 — 14. Gregory A.: Verh. d. 16. russisch. Chirurgenkongress, Moskau, 1925. Ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie. — 15. Gatte R.: Clinica Chirurg., 12, 1936 — 16. Heidenhain L. u. Gruber G.: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 79, 1923. — 17. Klose H. u. Bernstein A.: Med. Welt, 1932. — 18 Konietzny G. E.: Med. Welt, 1932. — 19. Konietzny G. E.: Therapie der Gegenwart, 75, 1934. — 20 Konietzny G. E.: Der Chirurg, nr 8, 1938. — 21. Kaizer R.: Arch. f. klin. Chir., 188, 1937. — 22. Michael: Bruns Beitr. z. klin. Chir., 166, 1937. — 23. Mc. Namee C. B.: Amer.

Rentgenol. 29, 1933. — 24. Morton C. B.: Archiv. of Surgery, 20, 1930. — 25. Neugebauer: Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie, 152, 1931. — 26. Payer: Arch f. klin. Chir., 138, 1925. — 27. Rozenzweig J.: Zentralbl. f. Chir., 54, 1927. — 28. Wanke R.: Zbl. f. Chir., 1932. — 29. Yamara H.: Arch. jap. Chir., 14, 1937

SUMMARY

The surgical treatment of hypertrophic pyloric stenosis.

by Jerzy Jasieński, M. D.

The Author described a case of a benign hypertrophic obstruction of the pylorus at a man, age 52. The patient has had the stomach trouble of fifteen years duration. In spite of the medical treatment, the condition of the patient was worse in the last months. The physical examination revealed a tumor in the pyloric region accompanied with achylia gastrica and occult blood in stools. The rentgenologic examination revealed the suspection of pyloric cancer. At the operation the author found a pyloric tumor and performed the resection of the stomach. Microscopic appereance of the tumor shoved a benign hypertrophie of pyloric muscules. The literature of similar cases is added and discussed.

Dr JAN GRABCZYŃSKI — Kraków
Asystent Oddziału Chirurgicznego

Odma pozaopłucnowa *)

W czasie mego pobytu na oddziele gruźlicy płucnej kliniki zurychskiej najczęściej wykonywanym zabiegiem była pneumoliza z następową odmą powietrzną. Była ona wykonywana mniej więcej dwukrotnie częściej niż torakoplastyka, licząc w tym zarówno torakoplastykę jako zabieg pierwotny i wtórny.

Wybitna i szybka poprawa, niski procent śmiertelności pooperacyjnej oraz nieznaczne ograniczenie zdolności oddechowej po tym zabiegu, skłoniły mnie do poruszenia tego tematu w dniu dzisiejszym. Temat ten wydaje mi się tym więcej aktualny, że u nas w Polsce pneumoliza praktycznie biorąc prawie zupełnie nie jest wykonywana, a o ile mi wiadomo poza Rzepeckim i Brossem żaden chirurg nie ma poza sobą większej ilości przypadków. Poza tym na ostatnim zjeździe przeciwgruźliczym we Wrocławiu w czasie dyskusji nad referatem Rzepeckiego, aczkolwiek właściwie nieznana, spotkała się pneumoliza z bardzo ostrą niezasłużoną krytyką ze strony lekarzy ftizjologów, którzy właściwie nie mieli żadnych możliwości wyrobienia sobie własnego zdania co do wartości zabiegu.

Technika operacyjna pneumolizy w szkole zurychskiej przedstawia się następująco: znieczulenie z reguły miejscowe w postaci parawertebralnego znieczulenia od I do VI żebra oraz nasiękowe w miejscu cięcia. Cięcie równoległe do przebiegu żebra na wysokości IV lub V żebra zależnie od usadowienia zmian i rozległości planowanej pneumolizy. Mięsień kapturowy i równoległoboczny rozdziela się na ostro wzdłuż przebiegu włókien, resekcja żebra na przestrzeni 4 cm. Nerw międzyżebrowy usuwa się. Następnie palcem bardzo uważnie oddziela się opłucną od powięzi śródpiersiowej, przy czym wejście we właściwą warstwę decyduje właściwie o prawidłowym przebiegu operacji. W tym akcie operacyjnym następuje kontrola opłucnej, ocena jej grubości i stwardnienia, a tym samym ocena, czy pneumoliza da się wykonać czy nie. Dalsze oddzielanie opłucnej odbywa się gazikami na odpowiednich kleszczykach, pod kontrolą lampki umieszczonej na specjalnym haku rozwierającym brzegi rany. Oddzielanie opłucnej uskutecznia się ruchami równoległymi do przebiegu żeber. Oddziela się zwykle opłucną z przodu do poziomu 4. żebra, z tyłu do poziomu 8. żebra. Znaczniejsze krwawienia są odrazu koagulowane. Po ukończeniu pneumolizy tamponuje się nowo wytworzoną jamę kompresami z ciepłą solą fizjologiczną przez 10 min. Bardzo wielką wagę przykłada się do szczelnego zaszycia „okna“ w klatce piersiowej. Cienkie szwy strunowe w II piętrach, po czym kontroluje się szczelność szwu, polecając choremu kaszleć. Następnie jeszcze zeszycie mięśni oraz szew skóry. Jeszcze na stole kontroluje się ciśnienie w jamie pozaopłucnej i jego wartości powinny być słabo dodatnie. Już na tym miejscu chcę zaznaczyć, że każdy chory przed zabiegiem poza innymi badaniami ma oznaczoną zawartość protrombiny we krwi oraz że jest przygotowany do zabiegu witaminą K, na co w szkole zurychskiej kładzie się wielki nacisk.

W postępowaniu pooperacyjnym wykonuje się codziennie kontrolę rentgenowską jamy. Ściany jamy pozaopłucnej od pierwszego dnia trzymamy pod umiarkowanym ciśnieniem, przez częste dopełniania powietrza. Te dopełniania wykonuje się w I lub II przestrzeni międzyżebrowej w pozycji półsiedzącej zwykłą igłą Saugmanna. Ciśnienie początkowe wartości około + 8 codziennymi dopełnieniami podwyższa się stopniowo tak, by w trzecim lub czwartym dniu po operacji doszło do wartości + 10 do + 15. Nawet skoro powstanie odma podskórna, prowadzi się dalej te dopełniania i to częściej i większymi ilościami w tym celu, by jamę pozaopłucną w jak najkorzystniejszej postaci zachować. Po 5 lub 6 dniach, dopełniania uskutecznia się co dwa dni i tak stopniując dochodzi się do tego, że po 10 tygodniach dopełnia się co 14 dni. Ilości wprowadzanego powietrza zależnie od wielkości jamy wahają się od 50 do 200 cm³. Na ogół częste dopełniania są dobrze znoszone, najwyżej w początku chorzy skarżą się na uczucie duszności. Niezamierzone nadmierne powiększanie jamy przy lekko pozytywnych ciśnieniach nie zdarza się. Kaszel po operacji łagodzi się dużymi dawkami narkotyków. Szwy skórne usuwa się w 5 dniu po operacji. Z reguły w klinice zurychskiej dopełnia się odmę pozaopłucnową powietrzem. Po pierwszych próbach w roku 1936/37 wypełniania jamy pozaopłucnowej olejem parafi-

---

*) Wedle odczytu wygłoszonego w Krakowskim Tow. Lek. w grudniu 1947 r.

nowym od tego sposobu zasadniczo odstąpiono. Brunner uważa, że otok olejowy wywołuje zgrubienia takie ściany, że nawet po wydobyciu oleju nie może przyjść do zupełnego rozwinięcia się płuca. Poza tym przy stosowaniu otoku olejowego obserwowano znacznie częściej wytwarzanie się przetok wewnętrznych płuca.

Z reguły w nowo powstałej jamie pozaopłucnej tworzy się wysięk krwawo-surowiczy. Zwykle powstaje wysięk na 4 palce od dna jamy i takie wysięki wchłaniają się samoistnie zazwyczaj w przeciągu 3 do 4 tygodni. Jeżeli wysięk narasta szybciej a nie wywołuje duszności, to o ile możności nie nakłuwa się go wcześniej, jak po 10 dniach. W normalnym przebiegu pooperacyjnym, jeśli jama utrzymuje się w należytej wielkości a wysięk nie przekracza normy, przebieg pooperacyjny jest bezgorączkowy, to po 3 do 4 tygodni chory opuszcza oddział chirurgiczny i wraca z powrotem do swego macierzystego sanatorium, gdzie dalej jest dopełniana odma pozaopłucnowa i prowadzone leczenie klimatyczno-sanatoryjne. Doskonałe wyniki, jakimi mogą się w Szwajcarii poszczycić zawdzięcza się wedle Dügellego, Brunnera, Häberlina i innych autorów połączeniu leczenia czynnego chirurgicznego z dostatecznie długim i dobrze prowadzonym leczeniem wypoczynkowo-klimatyczno-dietetycznym. Długość tego leczenia jest proporcjonalna do rozległości zmian gruźliczych. Przy zmianach stosunkowo świeżych z jamami nie większymi od 3 cm leczenie po pneumolizie nie powinno trwać dłużej, jak 12 miesięcy. Rozleglejsze zmiany jednostronne wymagają leczenia sanatoryjnego około 1.5 roku, a obustronne zmiany jamowe 2 do 3 lat.

Brunner dzieli wskazania na bezwzględne i względne. Bezwzględne wskazania do pneumolizy stanowią jamy nie przekraczające swą wielkością dużego orzecha włoskiego, niezbyt powierzchownie położone, usadowione w szczycie lub okolicy podszczytowej. W większości przypadków są to chorzy z nieznacznymi zmianami drugostronnymi, u których czasem założona została odma śródpłucna U tych chorych opadanie c. cz. bywa nieznacznie przyspieszone, ciepłota ciała nieco podwyższona, jednym słowem są to chorzy, u których proces chorobowy jest uspokojony, a ogólna odporność stosunkowo wielka. Odma śródopłucna w tych przypadkach bywa niemożliwa lub jest nieskuteczna, a niema tu wskazań do torakoplastyki, bo oszczędny zabieg daje zupełne wyleczenie.

Wskazania względne dzieli Brunner na 3 podgrupy. W pierwszej z nich wyróżnia jamy większe, stare, rozmaicie usadowione, ale zawsze w górnym placie. W tej grupie druga strona bywa zajęta przez proces chorobowy i często jest ograniczona w swojej powierzchni oddechowej jakimś zabiegiem uciskowym chirurgicznym (torakoplastyka, plomba). Podgrupę tę oznacza literą A.

W dalszej grupie umieszcza ciężkie przypadki, w których inny uciskowy zabieg operacyjny nie wchodzi w rachubę ze względu na rozległość schorzenia i stan odporności ustroju. Do tej grupy wlicza się przypadki gorączkujące, o charakterze postępującym, wysiękowe, krótko przypadki, w których przez pneumolizę usiłuje się ratować jeszcze chorego. Podgrupę tę oznacza literą B.

Ostatnia grupa Brunnera są to tzw. pneumolizy uzupełniające. Skoro poniżej poziomu już istniejącej pozaopłucnowej odmy ukaże się nowa jama w płucu, to przez wytworzenie nowej pneumolizy i szerokie połączenie obydwu przestrzeni pozaopłucnowych wzmaga się ucisk. Są to jednak przypadki, w których często zdarzają się krwawienia pooperacyjne oraz pojawiają się wysięki, ponieważ konieczne jest przecięcie silnie zgrubiałej podstawy starej jamy pozaopłucnej. Grupę tę oznacza literą C.

Powikłania po pneumolizie są następujące: krwotoki, wysięki, przebicia płuca wewnętrzne, zatory powietrzne, odma śródpiersia.

Ze wszystkich powikłań największe znaczenie mają krwotoki. Uznaje się, że ilość krwi zebranej w jamie pozaopłucnowej na szerokość 3 palców za nieznaczną, a powyżej szerokości dłoni za dużą. W wypadkach dużych gwałtownych krwotoków występują objawy skrwawienia się chorego, połączone z zapadem, przyspieszeniem tętna, potami i dusznością. Przy zmianach jednostronnych są zazwyczaj krwotoki tylko niemiłym powikłaniem doraźnie nie grożącym życiu chorego. Natomiast skoro drugie płuco jest zajęte, a zdolność oddechowa ograniczona jakimś zabiegiem uciskowym krwotok może być niebezpieczny, bo przez swój ucisk może tak zmniejszyć powierzchnię oddechową lub zadziałać na krążenie, że doprowadza do zejścia śmiertelnego. Jest uderzające, że krwawienia występują najczęściej dopiero w drugim dniu po operacji, podczas gdy w pierwszym dniu jama jest sucha. Przyczyny tego opóźnienia krwawienia są nie wytłumaczone. Należy zaznaczyć, że w przeciwieństwie do wylewu doopłucnego, gdzie krew wolno krzepnie, wylew krwi do jamy pozaopłucnej ulega szybko krzepnięciu.

Po małych krwawieniach w ogóle nie nakłuwa się, a w większości przypadków krew z jamy wchłania się w przeciągu 3 do 4 tygodni. Przy krwawieniach średnich kontroluje się chorego codziennie prześwietleniami, a punktuje najwcześniej po 10 dniach. W przypadkach nieupłynnienia się krwi przepłukuje się 0.5% roztworem Pantoseptu, który przyspiesza upłynnienie skrzepów. W przypadkach utworzenia się dużych brył włóknika stosuje się przepłukiwania roztworem pepsyny i kwasu solnego wedle Hermansdorfera. W przypadkach dużych, gwałtownych krwawień stosuje się przetaczanie krwi, a jamę opróżnia się po ustąpieniu doraźnego niebezpieczeństwa. Krwawienia nawet średnie stanowią korzystne przygotowanie do późniejszego wysięku, sprzyjają zgrubieniu ścian jamy pozaopłucnej oraz ułatwiają wtórne zakażenia ropne. Dawniej krwotoki spostrzegano w znacznie większej liczbie przypadków, jak obecnie. W statystyce W. Schmidta 25%, Grafa 18%, Herholza 20%, w klinice zurychskiej poprzednio 17.5, obecnie

5%. Zmiana techniki operacyjnej przez Adelsbergera i Brunnera wybitnie zmniejszyła częstość krwawień pooperacyjnych. Jest też rzeczą jasną, że częstość i wielkość krwawień jest proporcjonalna do wskazań i jest najmniejsza przy wskazaniach bezwzględnych, największa przy wskazaniach względnych B i C.

Drugimi z kolei powikłaniami są wysięki zapalne. Mogą one powstać wcześnie jako następstwa krwotoków do jamy pozaopłucnej i mogą być późne po tygodniach a nawet po miesiącach. Wysięki tu spotykane mogą być gruźlicze i ropne; gruźlicze spotyka się w 3.4%, ropne w 11.5%. I te powikłania w nowszych statystykach są znacznie rzadsze.

Ropne wysięki są często przerzutowe w związku z pryszczykowym zapaleniem gardła, zapaleniem jelita grubego, ropniami okołozębowymi lub też w związku z przejściem zakażenia z rany pooperacyjnej. Mniejsze wysięki ustępują niejednokrotnie samoistnie, większe po płukaniach środkami antyseptycznymi, wywołane zaś przez gronkowce po wlewach dojamowych penicyliny. Tylko wyjątkowo stosować trzeba drenaż jamy, który rzecz jasna prowadzi potem do torakoplastyki. Długo utrzymująca się gorączka i narastanie płynu w jamie są objawami powstającego wysięku i o rozpoznaniu decyduje nakłucie oraz badanie bakteriologiczne. Swoiste wysięki występują zwykle szybko po zabiegu wśród wysokiej gorączki i przy szybkim narastaniu płynu. Leczą się zwykle przez nakłucia i płukania. Na powstawanie wysięku gruźliczego nie ma wpływu sposób postępowania operacyjnego. Jama pozaopłucna znajduje się w zakresie odpływu otwartych dróg limfatycznych opłucnej, która w większości przypadków zajęta jest przez proces gruźliczy.

Dalszym powikłaniem są wewnętrzne przetoki płucne. Powstają bądź to na skutek mechanicznego uszkodzenia okolic jamy przy odklejaniu opłucnej, bądźto wskutek postępowania procesu serowacenia i rozpadu, podczas którego ściana jamy ulega dalszej martwicy i wreszcie przebija opłucną. W ostateczności przebicie wewnętrzne płuca wywołuje ropne zakażenie jamy pozaopłucnowej. Przebicia wewnętrzne stanowiły w statystyce Schmidta 10% powikłań, Herholza 14%, u Brunnera tylko 4.7%. Są to z reguły powikłania, w których rokowanie jest złe i sprawa kończy się zejściem śmiertelnym.

Zator powietrzny w statystyce Brunnera spotykany był tylko jeden raz.

Śmiertelność pooperacyjna wczesna wynosiła u Brunnera na 754 operowanych przypadków 58, a więc stanowiła 7.7%.

Statystyka Brunnera, obejmująca czasokres od 1936 roku do 1946 a obejmująca 754 przypadków pneumolizy dopełnianej powietrzem, została ogłoszona w Acta Helvetica Chirurgica (tom 13 zeszyt ¾) w roku 1947.

Na 754 przypadków operowanych było

przy wskazaniach bezwzględnych		22.2%
„ „ względnych	A	46.3%
przy wskazaniach względnych	B	26.7%
„ „ „	C	4.8%

Śmiertelność wczesna pooperacyjna wynosiła 7.7% — 58 chorych.

Śmiertelność późna pooperacyjna wynosiła 14.3% — 108 chorych.

Interesujące są zestawienia z badań plwociny:
w 66% plwocina okazała się bez prątków
w 12% prątki utrzymywały się w plwocinie (22% późna i wczesna śmiertelność).

Zdolność do pracy przedstawia się następująco: u 25% operowanych pełna zdolność do pracy — u 46.8% połowa zdolności do pracy — u reszty mniejsza, jak 50%.

Na 260 przypadków spostrzeganych w ciągu 3 do 6 lat było 65.8% dopełnianej skutecznej odmy pozaopłucnowej — 20.8% wyleczonych odmą — 9.3% zejść śmiertelnych późnych — 1.3% następowych torakoplastyk.

Odma pozaopłucna była dopełniana przeciętnie 3 do 5 lat, w wyjątkowych przypadkach ponad 5 lat, w jednym przypadku 8 lat. 54 przypadki wykazują zupełne rozwinięcie się płuca po ukończeniu dopełniań odmy, przy czym płuco rozwinęło się w zupełności, wypełniając całkowicie jamę pozaopłucną. Jest oczywiste, że rozwijanie się płuca po odmie pozaopłucnowej postępuje znacznie wolniej, niż po odmie śródopłucnowej. Cel zakładania odmy pozaopłucnowej jest wtedy całkowicie osiągnięty, kiedy po ukończeniu leczenia płuco rozwinie się w zupełności i nastąpi powrót do dawnego stanu z zupełnym wyleczeniem sprawy gruźliczej.

Pneumoliza stanowi dla ustroju mniejsze obciążenie, niż najoszczędniejsza torakoplastyka. Sam zabieg operacyjny jest niewątpliwie mniej ciężki a mechanizm oddechowy mniej upośledzony. Już E. Gaubatz na podstawie swych badań funkcjonalnych po i przed zabiegami uciskowymi doszedł do wniosku, że pneumolizę należy uważać za najbardziej oszczędzający zabieg operacyjny. Stosunki są podobne, jak przy odmie śródopłucnej. Miarodajna jest tylko objętość oddychającego płuca a jeśli jest ona dość duża, by przemiana tlenowa była dostateczna, wtedy nie występują żadne zaburzenia. Przy torakoplastyce są te okoliczności o wiele bardziej skomplikowane, bo tu nie tylko zwykłe zwężenie powierzchni oddechowej odgrywa rolę, ale już przy nieznacznym nawet usunięciu kostnego szkieletu klatki piersiowej mogą wystąpić zaburzenia w postaci paradoksalnego oddychania, wywołanego przez uruchomienie ścian klatki piersiowej. Dzieje się to zwłaszcza wtedy, gdy śródpiersie jest za mało sztywne. Przez „migotanie" śródpiersia jest nie tylko utlenienie krwi zmniejszone, ale też i czynność serca poważnie ograniczona. Przy odmie pozaopłucnej nie odgrywa to większej roli, gdyż przy zamkniętej odmie czy ona jest wewnątrzopłucna czy zewnątrz, przesunięcia śródpiersia bardzo rzadko występują. Z powyższych rozważań wynika, że odma pozaopłucna znacznie mniej obciąża oddychanie, a więc i pośrednio krążenie niż torakoplastyka i dlatego bierze się ten zabieg

chętniej pod uwagę, zwlaszcza gdy po drugiej stronie jest wykonany inny zabieg uciskowy chirurgiczny. Następnie znaczna wyższość pneumolizy nad torakoplastyką polega na tym, że przez podwyższenie ciśnienia w jamie pozaopłucnej nawet sztywne jamy mogą ulec zamknięciu, podczas gdy przy torakoplastyce mimo rozległego wycięcia żeber i apikolizy w sensie Semba zamknięcie się jam zależne jest od skłonności jam do zbliznowacenia. Ponieważ wtórne działanie pneumolizy na ustrój jest stosunkowo małe, przeto jest to metoda wskazana szczególnie dla osobników młodocianych. Torakoplastyka jest u dzieci zasadniczo przeciwwskazana, bo doświadczenie uczy, że prowadzi u dzieci do b. ciężkich skolioz.

Pneumoliza ma swych gorących zwolenników i przeciwników. Edward Churchil uważał, że odma pozaopłucna nie jest metodą, która może dać w zupełności wyleczenie. Sądzi, że początkowo schorzała a następnie zbliznowaciała tkanka płucna, znajdująca się na dnie jamy pozaopłucnej, nie jest w stanie się rozwinąć po ukończeniu dopełnienia, a nawet w rozwiniętym płucu może się reaktywować proces gruźliczy. Późniejsze jednak duże statystyki nie potwierdziły jego tezy. Tak samo Maurer i J. Bolland a niezależnie od nich O'Brien są przeciwnikami pneumolizy, ponieważ uważają, że po rozwinięciu się płuca jama pozaopłucna nie znika w zupełności.

Hoyt i Tate byli znowu zdania, że pneumoliza z powodu licznych powikłań w krótkim czasie ustąpi miejsca torakoplastyce. Przewidywania ich jednak ogłoszone w 1941 r. nie tylko się nie sprawdziły, ale następne lata wykazały ogromny wzrost zwolenników tejże metody, która w tej chwili kroczy na czele wszystkich metod chirurgicznych leczenia uciskowego.

Do zwolenników tego sposobu leczenia należą w Szwajcarii Arnold, Brunner, Michetti, w Italii Omode i Zorrini, Biancalca, we Francji Delbecq i Le Foyer, w Niemczech Ulrici, Adelberger i Kleesattel, w Holandii Klinkenbergh, w Szwecji Crafoord.

RESUMÉ

Sur la pneumolise

par Dr J. Grabczyński

L'auteur presente la technique de la pneumolise, soulignant l'importance de la haemostase precise et l'exactitude de la fermeture de la plaie operatoire. L'auteur considere l'indications apres Brunner et presente les resultats les quelles il avait l'occasion de voir a la clinique chirurgicale a Zurich. L'auteur croix la pneumolise comme l'operation economique et efficace.

OCENY

C. Lian. *Les actualités médico-chirurgicales pratiques.* Lépine, Paris, Tom I, 1947, str. 990.

Niepomiernie szybko postępujący rozwój medycyny i nauk pomocniczych w ostatnich latach utrudnia coraz bardziej nawet zainteresowanemu pewnym działem zagadnień lekarskich pracownikowi naukowemu czy specjaliście, zapoznawanie się z najnowszym piśmiennictwem międzynarodowym i wyrobienie sobie krytycznego pojęcia o znaczeniu wielu współczesnych zdobyczy zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Cóż dopiero mówić o lekarzach ogólno-praktykujących, którzy zajęci swoimi codziennymi czynnościami w ubezpieczalniach lub też w terenie nie tylko nie są w stanie przeczytać, choćby najaktualniejsze prace z różnych dziedzin medycyny, ale się nawet z nimi choćby pobieżnie zapoznać. Zwłaszcza w latach powojennych, kiedy udostępnienie czasopism periodycznych i archiwalnych natrafia wciąż jeszcze na duże opory, możliwości dalszego doskonalenia się tą drogą stają się coraz bardziej iluzoryczne.

A przecież właśnie od poziomu zawodowego szerokich rzesz lekarskich, przede wszystkim lekarzy domowych, a nie specjalistów, zależy głównie stan zdrowia przeciętnego obywatela i całego państwa. Mogłyby ten poziom podnieść obowiązkowe kursy dokształcające dla tych przedstawicieli medycyny, narazie jednak plany takie, rozpatrywane przez Państwową Radę Zdrowia, nie dadzą się z różnych powodów urzeczywistnić. Tym bardziej wydaje się celowe wydawanie co jakiś czas serii niezbyt długich, ogólnie zrozumiałych wykładów, które by takie kursy chwilowo zastąpiło a później, w lepszych już czasach, uzupełniło. Dezyderat ten podkreślił na konferencji dotyczącej spraw naukowych i wydawniczych z ramienia Ministerstwa Zdrowia ostatnio prof. A. Czyżewicz.

Z poruszonych przed chwilą względów wydaje się zatem bardzo pożyteczne omówienie przedsięwzięcia zapoczątkowanego we Francji przez prof. C. Liana i jego kolegów z Wydziału Lekarskiego i Szpitalnictwa Miejskiego w Paryżu. Prof. Lian, który już od lat 25 wydaje nieprzerwanie rocznik medycyny praktycznej urządził w październiku 1946 r. kurs doszkalania lekarzy ogólno-praktykujących — zebrało się ich 160 — którego treść obecnie drukiem ogłasza. Wykładów na tym kursie, dążących do nowoczesnego ujęcia istoty i leczenia licznych stanów chorobowych zebrało się na prawie 1000 stronach równo 60 a objętość poszczególnych spośród nich waha się od kilku do kilkunastu, wyjątkowo 30 stronnic, zależnie od znaczenia danego zagadnienia. Dotyczą one prawie całej medycyny klinicznej, co stanowi o ich istotnej wartości i dużej pomocy, jaką dać mogą pragnącemu iść z duchem czasu przeciętnemu praktykowi.

Wyliczenie tu wszystkich tematów prowadziłoby za daleko, ograniczę się zatem do uwzględnienia najważniejszych. W zakresie chorób serca, naczyń i nerek prof. Lian omawia zajmująco różne stany dławicy piersiowej (angina pectoris), dr Facquet leczenie zwalniającego zapalenia wsierdzia penicyliną, dr H. Welti wskazania do chirurgicznego leczenia układu sercowo-naczyniowego. W dziedzinie chorób wewnątrz-wydzielniczych prof. Laroche rozpatruje krytycznie leczenie internistyczne choroby Basedowa a dalej różnych postaci cukrzycy a dr H. Welti znaczenie operacyjnego leczenia stanów nadtarczyczności. Pośród chorób układu oddechowego budzi zainteresowanie podane przez dr Depierre leczenie zabiegowe różnych spraw płucnych. W zakresie chorób nerwowych dobrze naświetla dzisiejszy stan rzeczy wykład prof. Mollaret o leczeniu przeciwzakaźnym spraw neurologicznych i referat dr Michaux o elektrowstrzą-

sie. Z prac poruszających choroby układu trawiennego wyróżniają się przyczynki dr S o u l l a r d a o krwotocznym zapaleniu okrężnicy i prostnicy (recto-colitis haemorrhagica), prof. C h a b r o l a o różnych postaciach żółtaczek oraz dr S a l l e t o nowoczesnych sposobach czynnościowego badania wątroby. W działach hematologii i chorób zakaźnych znajdujemy ciekawe referaty prof. A u b e r t i n a o tzw. chorobie bomby atomowej oraz o ostrej erytroblastozie, prof. B e n h a m o n o postępach w chorobach zakaźnych, prof. G o n g e r o t a o nowych metodach leczenia kiły i prof. J o a n n o n e o szczepieniu przeciwgruźliczym za pomocą B. C. G. drogą skaryfikacji. Z dalszych wykładów dobry wgląd w daną dziedzinę stanowią referaty prof. M a t h i e u oraz doc. P a d o v a n i o chirurgicznym leczeniu zniekształcających postaci gośćca, prof. M o u l o n g u e t a o wskazaniach chirurgicznych w kamicy wątrobowej, prof. M o c q u o t o stosowaniu leczniczym hormonów płciowych w ginekologii, prof. L a n t u e j o u l'a o znaczeniu przysadki w położnictwie i wreszcie prof. F e y'a o nowych poglądach na istotę i leczenie gruźlicy nerek.

Powyżej zestawione wykłady zostały wymienione jedynie przykładowo. Inne również stoją na wysokości zadania. W ogóle można powiedzieć, że lekarz czerpiący informacje z rozpatrywanego zespołu wykładów wyrabia sobie dobre pojęcie o danym zagadnieniu. Przyczynia się do tego wynikające z wielkiego doświadczenia dobre przygotowanie autora, zwięzłość podanego materiału a zwłaszcza jasność i przystępność w przedstawieniu tematu.

Wobec tego pragnę rozpatrywaną książkę bardzo polecić względom polskiego czytelnika jako dobry sposób krytycznego zapoznania się z wieloma sprawami, które w bardziej indywidualny sposób omawiane są w czasopismach lub wcale tam nie uwzględniane. Dla wydziałów lekarskich może ona służyć jako dobry wzór, jak w najbliższym czasie rozwiązać należy palący problem dokształcania wielu lekarzy zatrzymanych w swoim rozwoju przez okres wojenny i jego następstwa.

Mściwój Semerau-Siemianowski

M a r i a K u l c z y ń s k a: Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna.

Książka wydana po raz pierwszy w lecie 1939 r. przez Zarząd Główny P. C. K. w Warszawie, w ilości 10.000 egzemplarzy, a ostatnio rozszerzona i dostosowana do teraźniejszości wedle korekty prof. dra Marcina K a c p r z a k a, służyć ma w swym ideowym założeniu podniesieniu kultury sanitarnej wsi polskiej na odcinku opieki położniczej.

Kolejne rozdziały: budowa i czynności części rodnych, miesiączka, ciąża, poród, połóg, noworodek, braki opieki położniczej na wsi, ujmują zagadnienie macierzyństwa kobiety wiejskiej, propagują w szczególności profilaktykę w ciąży przez zgłaszanie się do badania i właściwe odżywianie ciężarnej. Książka jest napisana przystępnie, ma dwanaście opisanych ilustracji, daje praktyczne wskazówki w zastosowaniu do możliwości warunków wiejskich, zwalcza babkarstwo i tzw. kurfuszerkę.

Książka może służyć równocześnie jako lektura w szkołach położniczych i pielęgniarsko-położniczych oraz jako materiał do pogadanek w terenie. Delegatura P. C. K. okręg wrocławski podejmuje się kolportażu książki w terenie; Związek Pomocy Chłopskiej wyraża żywe zainteresowanie i zapotrzebowanie na tego rodzaju wydawnictwo.

A-f.

Na marginesie monografii Prof. Dra Władysława Szumowskiego „Filozofia medycyny. Sprawozdania, Rozważania". Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków 1948, str. 135, ryc. 4

Piśmiennictwo lekarskie polskie posiada dotychczas dwa opracowania p. t. „Filozofia medycyny"; jedno Prof. Dra H e n r y k a N u s b a u m a, które ukazało się w r. 1926 w wydaniu Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, i drugie najświeższe Prof. Dra W ł a d y s ł a w a S z u m o w s k i e g o. Monografia N u s b a u m a stanowi fragment filozofii medycyny, a właściwie filozofii biologii, dotyczy bowiem rozwoju pojęć o życiu i to ze stanowiska monistycznego-materialistycznego. Natomiast „Filozofia Medycyny" S z u m o w s k i e g o obejmuje całokształt zagadnień filozoficzno-lekarskich, nasuwających się przy rozpatrywaniu zjawisk i faktów z dziedziny medycyny teoretycznej i praktycznej.

Termin „Filozofia medycyny", który przyjęty został i utarł się powszechnie, uważam za konwencjonalny, umowny, ale lepszego nie posiadamy. Nieraz jednak zdarzało mi się słyszeć z ust laików zapytania: „a co to za nauka ta filozofia medycyny?", albo: „co medycynie po filozofii?" Tak jakgdyby historii powszechnej, przyrodoznawstwu, matematyce z jej logistyką niezbędne były podstawy filozoficznego światopoglądu, tylko nie medycynie. Tymczasem logiczne, krytyczne rozumowanie, dążące do uogólnień i właściwa obiektywna ocena zjawisk w zakresie medycyny są bodaj konieczniejsze dla lekarzy, aniżeli dla innych zawodów, albowiem w ręce ich społeczeństwo składa swój najcenniejszy skarb, jakim jest zdrowie, za które odpowiedzialność ponoszą przedstawiciele nauki i sztuki lekarskiej. Nie ulega wątpliwości, że ogół naszych najlepszych lekarzy zdaje sobie sprawę z doniosłości filozoficznego, krytycznego rozumowania i wnioskowania w swych czynnościach, i stosuje go, może nieraz nie zastanawiając się, że ucieka się do takiej lub innej metody myślenia czy to w pracowni, czy przy łóżku chorego. Zresztą współczesne nasze kształcenie młodzieży akademickiej lekarskiej nie jest pozbawione elementu filozoficznego, o czym wspomina sam Autor „Filozofii medycyny", kiedy twierdzi na str. 116, że nauczanie w szkołach lekarskich krzewi racjonalizm, chociaż medycyna jest empiryczno-racjonalistyczną, z czym zgodzić się wypada.

Jednak poza logicznym, krytycznym rozumowaniem obowiązującym każdego dobrego lekarza, są jeszcze inne zagadnienia w medycynie, wymagające filozoficznego ujmowania. Np. rozpatrywanie medycyny jako całości, stanowisko jej i lekarzy w społeczeństwie, wpływ doktryn filozoficznych na kierunki rozwojowe w medycynie, zagadnienie mechanistycznego światopoglądu i celowości zjawisk, etyka lekarska, ważna sprawa metapsychiki i badań w tej dziedzinie, rola wpływów psychicznych, działalność laików bez wykształcenia lekarskiego, t. zw. przez Autora uzdrawiaczy, i t. p. Są to wszystko zagadnienia, wymagające rzucenia na nie właściwego krytycznego światła, analizy rzeczowej oraz syntezy, albowiem bez tego rodzaju rozważań mogą w umysłach powstawać wnio-

ski nieścisłe, jednostronne, albo zamęt w pojęciach.*) Otóż „Filozofia medycyny“ prof. S z u m o w s k i e g o czyni zadość temu postulatowi i daje odpowiedź z punktu widzenia filozofa i doświadczonego lekarza-obserwatora na wiele palących zagadnień w medycynie, prostując niektóre mylne poglądy, oświetlając inne, rozszerzając horyzont myślowy czytelnika, zachęcając do przemyślenia z Autorem wspólnie nasuwające się wątpliwości i do snucia dalej samodzielnie myśli zawartych w tej ciekawej i pouczającej książce. „Filozofii medycyny“ S z u m o w s k i e g o niepodobna streścić, bo dość spojrzeć na spis zawartych w niej rzeczy na str. 1-szej do 3-ciej, by przekonać się, że wypadłoby chyba powtórzyć samą treść dzieła, ażeby przedstawić mnóstwo zagadnień, rozpatrywanych przez Autora.

Wspomnę tylko, że rodział I, traktujący dzieje filozofii medycyny i jej definicję jest, jak sam Autor zaznaczył, skrótem większej pracy pod analogicznym tytułem, drukowanej w r. 1947 w „Pracach Komisji Historii Medycyny i Nauk Przyrodniczo-Matematycznych P. A. U.“ Żałować należy, że praca ta (może ze względów na podniesienie kosztów wydawniczych) nie weszła w całej rozciągłości do „Filozofii medycyny“; zawiera ona bowiem kopalnię wiadomości bardzo ciekawych, dotychczas razem nie zebranych i nie ogłoszonych. Przyznam się otwarcie, że chociaż oddawna interesuję się kierunkami i doktrynami filozoficznymi i wpływem ich na medycynę, jednak „Dzieje filozofii medycyny, jej istota i definicja“ w wydaniu P. A. U. wiele mnie nauczyły, zwłaszcza „Dzieje“.

Książkę prof. S z u m o w s k i e g o cechuje obiektywizm, bezstronność, ostrożność w wysnuwaniu wniosków i uogólnień, bynajmniej nie tolerancja, jakby się mogło wydawać na pierwszy rzut oka w stosunku do pewnych metod myślenia i postępowania, uważanych często zbyt pochodnie za bezwartościowe albo szkodliwe, ale wyrozumiałość, o ile tylko te metody są w zgodzie z zasadą „salus aegroti suprema lex“. Rozpatrując np. przewagę swego czasu kierunku materialistycznego w medycynie, Autor nie widzi obecnie pożytku z niego, chociaż za swych lat młodszych ulegał jego wpływowi, ale też nie potępia go bez reszty, przyznając, że w dziejach postępów nauk lekarskich i przyrodniczych odegrał ten kierunek bardzo pożyteczną rolę; to samo dotyczy zagadnień przyczynowości i celowości, gdzie jednostronność nie może być przyjęta za jedną wyłączną zasadę. W ogóle S z u m o w s k i jest przeciwnikiem, i słusznie, wszelkich skrajnych monistycznych systemów, wiodących do dogmatyzmu i do kultu autorytetów, co w nauce tolerowanym być nie może. Oczytanie niezwykłe w piśmiennictwie lekarskim, filozoficznym, psychologicznym, zmysł obserwacyjny i wykształcenie w świetnej szkole prof. T w a r d o w s k i e g o pozwalają Autorowi niejako swobodnie się poruszać śród wielu zagadnień, analizować krytycznie dawniejsze i nowsze teorie i poglądy, nie dość jeszcze przemyślane, zrozumiane i doceniane w świecie lekarskim, jak np. znaczenia podłoża w gruźlicy i w chorobie raka, istotę i rolę bakteryj oraz zarazków przesączalnych. Dalej S z u m o w s k i rozpatruje takie niepopularne systemy, jak np. dawna i współczesna homeopatia oraz związana z nią duchowo medycyna biologiczna, ten szyldzik, nie mający nic wspólnego z naukową biologią. W rozdziale zatytułowanym „Oblicze (medycyny) mniej naukowe“ znajdujemy rozbiór poglądów A s c h n e r a, S c h w e n i n g e r a, L i e k a i innych lekarzy, ale Autor nie napada na nie, nie ironizuje, lecz ostrożnie i na przykładach oddziela ziarno od plew. W „Obliczu nienaukowym medycyny“, mówiąc o tzw. przez siebie uzdrowicielach i uzdrawiaczach i zaliczając do pierwszych każdego, kto posiada umiejętność albo dar uzdrawiania, a do drugich osobników nie posiadających studiów lekarskich i uprawnienia do praktyki zawodowej, prof. S z u m o w s k i usiłuje wytłumaczyć ich powodzenie zaniedbanym przez medycynę naukową czynnikiem — oddziaływania sugestywnego, psychicznego. Z drugiej strony uzdrawiacze, nie umiejący wszak postawić rozpoznania, nie kierują często swych klientów we właściwym czasie do odpowiedniego leczenia, opartego na podstawach naukowych, przez co przyczyniają się do szkodnictwa, zasługując bezwzględnie na zwalczanie. Takim jest w tej sprawie stanowisko Autora, i należy mu przyznać rację, kiedy twierdzi, że gdyby lekarze byli lepszymi psychologami, to partactwo lekarskie samo by wygasło. Nikt też tak dotąd nie zanalizował i tak wszechstronnie nie oświetlił działalności magnetyzera i psychologa J u l i a n a O c h o r o w i c z a, jak to uczynił prof. S z u m o w s k i, rehabilitując go do pewnego stopnia, bo nie godząc się z jednej strony na wszystkie jego dowodzenia i poglądy, przyznał mu z drugiej strony dar niezwykły oddziaływania psychicznego i zasługę demaskowania nieuczciwych mediów. Autor „Filozofii medycyny“ wysnuł wniosek, że są jedni chorzy, wymagający leczenia materialnego, a inni — psychicznego i że zadaniem prawdziwego lekarza jest umieć i chcieć stosować i jedno i drugie — zależnie od okoliczności i wskazań. W tzw. cudownych wyleczeniach tkwią, każdy to przyzna, niezrozumiałe dla nauki czynniki, ale to nie powód, ażeby je bagatelizować albo a limine potępiać, raczej, jak słusznie twierdzi Autor, należy o ile możności poddawać je badaniom cierpliwym naukowym w odpowiednich warunkach, w ciszy pracownianej, a nie na publicznych seansach i przy innych produkcjach. Dotyczy to pomiędzy innymi również metapsychiki, która zdaniem S z u m o w s k i e g o staje się już nauką, wymagającą dalszych obserwacyj i eksperymentów, jak tego dowodzą badania i ich wyniki śród uczonych w krajach zachodnich, zwłaszcza francuskich z R i c h e t'e m na czele.

Autor nie jest w swych poglądach ani empirykiem, ani racjonalistą, ani mechanistą, ani teleologiem, ani materialistą ani witalistą, lecz konsekwentnie usiłuje zharmonizować te kierunki i doktryny w medycynie w myśl suum cuique. Zamiast reasumować stanowisko filozoficzne prof. S z u m o w s k i e g o w stosunku do wymagań medycyny, wolę przytoczyć jego własne słowa, z których widać, jak ważną rolę przypisuje Szanowny Autor zagadnieniom psychicznym, z czym w zupełności zgodzić się wypada, jak również ograniczoności naszego poznania:

„Lekarz, który chce uzyskać maximum sprawności medycyny, jaką uprawia, winien wpływać równocześnie na ciało i na duszę chorego. Nazwa zaś najodpowiedniejsza dla stanowiska filozoficznego, jakie winien zająć nowoczesny lekarz myślący, jest narazie chyba — agnostycyzm. Nie wiem! Czy jutro się dowiem, także nie wiem“.

*) Prof. S z u m o w s k i w swej „Filozofii Medycyny“ nie rozpatruje logiki lekarskiej; uczynił to bowiem w wydanej w r. 1939 „Logice dla medyków“.

Czy to jest sceptycyzm ze strony Autora? Nie. Z jego wynurzeń wynika, że jest przeciwnikiem zarówno przesadnego optymizmu, zbytniej wiary w siebie i w swą wiedzę, jak i bezpłodnego indyferentyzmu i pessymizmu; zdaje się, że dewizą Autora jest Asnykowskie: „trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe".

Nie jest zgorzkniałym badaczem, kto z pełną tolerancją i zrozumieniem odnosi się do uzdrawiającego czynnika modlitwy, ale nie w postaci suchego powtarzania formułek religijnych, lecz w postaci uniesienia mistycznego, dając do zrozumienia za Carrelem, że jeśli są zwłaszcza prostaczkowie — nie intellektualiści —, którzy dzięki tego rodzaju szczeremu, bezinteresownemu nastawieniu ascetycznemu oczekują od modlitwy wyzdrowienia i wierzą w nie na drodze zjawiska cudownego, to czy należy ich od tego odwodzić?

Najwyższym nakazem w medycynie jest dobro chorego, tak, jak tego wymaga od prawdziwego lekarza etyka zawodowa; jej też kilka uwag poświęcił Autor „Filozofii medycyny", która zresztą przepojona jest tym samym duchem. Te książkę prof. Szumowskiego winienby przeczytać i przemyśleć każdy lekarz i medyk, każdy przyrodnik, filozof i psycholog, każdy człowiek inteligentny, nawet teolog. Może na tym zyskać opaczny nieraz sąd o medycynie jako o nauce i sztuce, o lekarzach, o uzdrowicielach i uzdrawiaczach, oraz w ogóle o tym, czym jest tzw. filozofia medycyny i jakie są jej zadania.

Na zakończenie niechaj wolno mi będzie zająć własne stanowisko wobec niektórych poglądów Autora. Nie uważam np., ażeby medycyna była nauką ścisłą (str. 16): przyznaję, że pomiędzy innymi opiera się ona na takich dyscyplinach, jak fizyka, chemia, nawet po części matematyka, ale sama nauką ścisłą nie jest, chociaż były usiłowania w dziejach uczynienia jej taką. Weźmy dla przykładu pod uwagę zagadnienie przyczyny i skutku: zupełnie inaczej przedstawia się ono w fizyce i w medycynie. Czy pojęcie energii w mechanice może być zastosowane bez zastrzeżeń w medycynie, zwłaszcza w biologii, w bakteriologii, albo w psychologii? Zresztą z dalszych rozważań samego Autora wynika, że w gruncie rzeczy nie można zaszeregować medycyny do nauk ścisłych.

Na str. 26 Szanowny Autor pisze, za Delorem, że „niezbędną jest szeroka kultura w wykładach patologii ogólnej i historii medycyny; obie te nauki powinny być przepojone filozofią". Nasuwa się uwaga, czy duchem filozoficznym mają być przepojone tylko patologia i historia medycyny? Niepodobna sobie wyobrazić, ażeby filozoficzne myślenie nie miało być stosowane w wykładach z fizjologii, z biologii, z chemii fizjologicznej i dalej w zajęciach klinicznych przy stawianiu rozpoznań i wskazań do leczenia, jak tego uczył i na co kładł nacisk Chałubiński. Jestem przekonany, że Szanowny Autor przytoczył tylko patologię i historię medycyny dla przykładu, albo powtórzył słowa Delora, bo bez najmniejszych wątpliwości inaczej niż niżej podpisany nie myśli.

Na tym kończę dyskusję, dodając tylko uwagę, że „Filozofia medycyny" prof. Szumowskiego zasługiwała na nieco inny format, bo to nie broszura, oraz na lepszy papier, a może i na więcej rycin, ale to już nie wina Autora, lecz stosunków wydawniczych, jak się domyślać wypada.

L. Zembrzuski

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

ZMARLI:

Dr Kazimierz Karelus zmarł w Krakowie w wieku 54 lat.

RUCH W TOW. LEK. — ZJAZDY:

Dnia 28 stycznia 1948 r. odbyło się posiedzenie administracyjne Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1. Sprawozdanie ustępującego Zarządu Towarzystwa. 2. Wybór nowych władz Krak. Tow. Lekarskiego.

Dnia 18 lutego 1948 r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym:

I. Lek. J. Bromowicz — Pokazy przypadków klinicznych z Oddziału Neuro-Chirurgicznego. — II. Prof. dr E. Brzezicki — Kliniczna analiza nerwowości (odczyt).

Dnia 25 lutego 1948 r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Doc. dr Aleksandrowicz: 1) Przypadek nietypowej gruźlicy kręgosłupa leczony dwuchloro-dwuetylo-aminą. — 2) Białaczka czy odczyn myeloblastyczny. — Dr Huczyński: 3) Przypadek mnogich zatorów w następstwie zawału mięśnia sercowego. — Dr Kirchmayer: 4) Przypadek białaczki limfatycznej przewlekłej ze zmianami kostnymi. — Doc. dr Kubiczek: 5) Przypadek napadowego nadciśnienia tętniczego. — 6) Przypadek aleukemicznej białaczki plazmocytowej.

Prezydium XXXII Zjazdu Chirurgów Polskich (XVI Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich), który odbędzie się w dniach 5—7. IV. 1948 r. w Krakowie prosi *wszystkich mających zamiar uczestniczyć w Zjeździe, by najpóźniej do dnia 20. III. 1948 r. zgłosili zapotrzebowanie na mieszkania w Krakowie na okres Zjazdu.*

Mieszkania dla uczestników Zjazdu będą zarezerwowane zależnie od życzenia w hotelach, bądź kwaterach zbiorowych (Dom medyków, Miejski dom wycieczkowy, Kliniki itd.). Zgłoszenia przyjmuje Prezydium XXXII Zjazdu Chirurgów Polskich w Krakowie, ul. Kopernika Nr 40 Klinika Chirurgiczna U. J.

W związku z otwarciem Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Wrocławiu odbędzie się w dniach 20 i 21 marca br. we Wrocławiu pierwsza po wojnie konferencja profesorów medycyny sądowej wszystkich Wydziałów Lekarskich w Polsce. Na program konferencji złożą się między innymi: sprawy nauczania medycyny sądowej w Polsce, wznowienie wydawnictwa Czasopisma sądowo-lekarskiego w Polsce, organizacja służby sądowo-lekarskiej w Polsce, wnioski dotyczące zagadnień lekarskich w mającym się ukazać jednolitym Kodeksie Karnym, udział w życiu naukowym na terenie międzynarodowym.

Grono lekarzy kolejowych Centralnej Poradni Lekarzy P. K P. w Krakowie złożyło na ręce Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie dla wdów i sierót po lekarzach kwotę 10.400 zł zamiast kwiatów na grób ś. p. Dra Kazimierza Karelusa.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W ŁODZI

ogłasza

Konkurs na stanowisko lekarzy:

a) Dyrektora Sanatorium Ubezpieczalni Społecznej dla Płucno-Chorych im. Lucjana Szustra w Tuszynku obok Łodzi,

b) Wicedyrektora Szpitala U. S. im. Norberta Balickiego w Łodzi.

Wymagana doskonała znajomość administracji szpitalnej.

Pobory wg stawek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Ad a) mieszkanie zapewnione.

Poza tym do Sanatorium U. S. w Tuszynku potrzebni: lekarze ftizjolodzy, chirurg-ftizjolog, lekarze asystenci oraz wykwalifikowane pielęgniarki.

Mieszkanie zapewnione.

Podania należy przesyłać lub składać osobiście do dnia 31 marca 1948 r. w Sekretariacie Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej Łódź, ul. Wólczańska Nr 225 p. Nr 49.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GDYNI

zaangażuje od zaraz

Lekarza — zastępcę Naczelnego Lekarza Ubezpieczalni Społecznej o pełnych kwalifikacjach administracyjno-lekarskich.

6 lekarzy rejonowych z wynagrodzeniem po 5 godzin obliczeniowych dla miasta Gdyni i najbliższej okolicy.

Lekarza-specjalistę ginekologa dla m. Lęborka z wynagrodzeniem za 5 godzin obliczeniowych.

Lekarza rejonowego dla Pucka z wynagrodzeniem po 5 godzin obliczeniowych.

Lekarza rejonowego dla Lęborka z wynagrodzeniem po 5 godzin obliczeniowych.

Podania wraz z życiorysem i odpisem dokumentów nadsyłać należy do Wydziału Lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej w Gdyni, ul. 10-go Lutego 24, do dnia 1. kwietnia 1948 r.

Wydział Powiatowy w Radzyniu Podlaskim

ogłasza

KONKURS

na stanowisko Dyrektora Szpitala Powiatowego w Radzyniu Podlaskim

O stanowisko to ubiegać się mogą kandydaci ze znajomością chirurgii i ginekologii. Uposażenie zasadnicze Dyrektora w/g VI grupy dla pracowników państwowych. Inne dodatkowe warunki do omówienia.

Wolna praktyka.

Oferty należy składać do dnia 15 kwietnia 1948 r pod adresem Wydziału Powiatowego w Radzyniu Podl., woj. Lubelskie.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego

Tadeusz Bocheński

Starosta Powiatowy.

WYDZIAŁ SZPITALNICTWA RESORTU ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

POSZUKUJE

lekarzy specjalistów na stanowisko
ordynatorów
st. asystentów
asystentów

a) lekarzy ftizjologów — pediatrów do Sanatorium Polsko-Szwedzkiego dla Dzieci „Olin" w Otwocku;

b) lekarzy ftizjologów do Sanatorium m. st Warszawy w Otwocku;

Warunki według norm, przewidzianych dla lekarzy w szpitalach miejskich m. st. Warszawy.

Zgłoszenia: Wydział Szpitalnictwa Resortu Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, ul Bagatela 10, z podaniem życiorysu i przebiegu dotychczasowej pracy.

Drukarnia Nr 8 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Nr. zam.: 65 — 2.500 — 26 II 48 — M — 43146